

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 51

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'AFFECTIVITÉ

DANS

LA MÉLANCOLIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 16 Janvier 1907

PAR

Pierre-Louis CANTIN

Né à Dax (Landes), le 19 Août 1882

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Examineurs de la Thèse :	{	MM. RÉGIS	profes. adj.	Président
		ARNOZAN	professeur.	Juges
		MONGOUR	agrégé.....	
		ABADIE	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C^{ie}

139, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 51

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'AFFECTIVITÉ

DANS

LA MÉLANCOLIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 16 Janvier 1907

PAR

Pierre-Louis CANTIN

Né à Dax (Landes), le 19 Août 1882

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE



Examineurs de la Thèse :

{ MM. RÉGIS
ARNOZAN
MONGOUR
ABADIE

profes. adj. } *Président*
professeur. }
agrégé } *Juges*
agrégé }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C^{ie}

139, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1907

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire

PROFESSEURS :

MM. MICÉ.....	}	Professeurs honoraires.
DUPUY.....		
FIGUIER.....		
MASSE.....		
	MM.	MM.
Clinique interne.....	{ PICOT	Chimie..... BLAREZ
	PITRES	Histoire naturelle..... GUILLAUD
Clinique externe.....	DEMONS	Pharmacie..... DUPOUY
	LANELONGUE	Matière médicale..... DE NABIAS
Pathologie et thérapeu- tique générales.....	VERGELY (en congé)	Médecine expérimen- tale..... FERRÉ
Thérapeutique.....	MONGOUR (chargé)	Clinique ophtalmologi- que..... BADAL
Médecine opératoire.....	ARNOZAN.	Clinique des maladies chirurgicales des en- fants..... DENUCÉ
Clinique d'accouche- ments.....	N.	Clinique gynécologique BOURSIER
Anatomie pathologique	LEFOUR	Clinique médicale des maladies des enfants MOUSSOUS
Anatomie.....	COÛNE	Chimie biologique..... DENIGÈS
Anatomie générale et histologie.....	CANNIEU	Physique pharmaceu- tique..... SIGALAS
Physiologie.....	VIAULT	Pathologie exotique... LE DANTEC
Hygiène.....	JOLYET	
Médecine légale.....	LAYET	
Physique biologique et électricité médicale	N.	
	BERGONIÉ	

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE
Clinique des maladies mentales.....	RÉGIS

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale.*)

MM. HOBBS	MM. VERGER
MONGOUR	ABADIE
CABANNES	

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe {	MM. CHAVANNAZ	Accouchements {	MM. FIEUX
	BÉGOVIN		ANDÉRODIAS
	VENOT		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie.....	{ MM. GENTES	Physiologie.....	MM. GAUTRELET
	CAVALIÉ	Histoire naturelle	BEILLE

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	M. BENECH	Pharmacie.....	M. BARTHE
-------------	-----------	----------------	-----------

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT
Accouchements.....	ANDÉRODIAS
Physiologie.....	GAUTRELET
Ophtalmologie.....	LAGRANGE
Hydrologie et Minéralogie.....	BEILLE

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR CANTIN

MÉDECIN DE LA MARINE

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA SŒUR

A CEUX QUI M'ONT AIMÉ

A MON AMI LE DOCTEUR E. DUBARRY

MÉDECIN AIDE-MAJOR DES TROUPES COLONIALES

A MES CAMARADES DES CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES

A MES AMIS INTIMES

LAJUS, GUERIN, SALACROUP, PLANTIER, MARIOTTE.
DUFOURCQ

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT

MÉDECIN EN CHEF DE 2^e CLASSE DE LA MARINE

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ET DES COLONIES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui, dans une circonstance difficile de notre vie d'Ecole, sut montrer à notre égard une bienveillance dont nous lui serons toujours reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ETOURNEAU

MÉDECIN DE LA MARINE

PROFESSEUR D'ANATOMIE A L'ÉCOLE ANNEXE DE ROCHEFORT

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANGLADE

MÉDECIN EN CHEF DE L'ASILE DE CHATEAU-PICON

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUIN

MÉDECIN ADJOINT DE L'ASILE DE CHATEAU-PICON

Vous avez, avec une amabilité charmante, mis à notre disposition votre expérience. Vous ne nous avez ménagé ni vos conseils ni votre temps; permettez-nous de vous offrir ici publiquement le témoignage de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR W. DUBREUILH

PROFESSEUR ADJOINT DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
ET SYPHILITQUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MÉDECIN DES HOPITAUX
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. GAUTRELET

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE DE PHYSIOLOGIE
DOCTEUR ÈS SCIENCES
OFFICIER D'ACADÉMIE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR RÉGIS

PROFESSEUR ADJOINT DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

CHER MAÎTRE,

Bien que non officiellement admis dans votre Clinique, il m'arriva souvent de grossir le nombre des étudiants qui vous entouraient, et je pus ainsi juger de l'originalité, de la simplicité et de la science profonde de votre enseignement. Personnellement, il m'a été donné d'apprécier votre bienveillance et votre amabilité, je vous en remercie sincèrement. Après m'avoir accueilli d'une façon charmante, vous avez bien voulu me fournir un sujet de thèse. Je regrette que le temps m'ait manqué pour rendre ce travail un peu moins indigne du Maître qui me l'avait inspiré. Je vous l'offre néanmoins, avec toutes mes excuses au sujet de ses imperfections, comme un faible témoignage de sincère reconnaissance et de respectueux dévouement.

INTRODUCTION

Fréquentant assidûment les consultations de maladies mentales de l'annexe Saint-Raphaël, il nous fut souvent donné d'observer des mélancoliques.

M. le Professeur Régis ayant attiré notre attention sur l'importance du trouble affectif chez ces malades et sur une forme toute particulière que revêt le plus souvent ce trouble, le désir nous vint d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Le temps nous a malheureusement manqué pour mener à bien cette tâche et faire de la question une étude un peu plus complète.

Nous diviserons notre travail en quatre parties :

Dans la première, nous ferons une étude très rapide de la mélancolie et nous définirons la cénesthésie, dont le trouble est constant chez les mélancoliques et qu'il importe avant tout de bien connaître.

Le second chapitre sera consacré aux observations et à l'étude de la symptomatologie d'après ces observations. Nous ferons ressortir dans ce chapitre l'importance du trouble affectif.

Le troisième chapitre comportera une étude de l'affectivité chez les mélancoliques.

Enfin nous terminerons par quelques considérations pratiques résultant de notre étude de l'affectivité.

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales sur la mélancolie Etude rapide de la cénesthésie

Nous ne saurions aborder l'étude de la mélancolie dans ce que sa symptomatologie peut nous offrir de capital sans faire un rapide historique de la question et montrer, en quelques mots, comment nous sommes parvenus aux connaissances actuelles.

C'est à Hippocrate qu'il nous faut remonter pour voir, mentionnée pour la première fois, la psychose qui nous intéresse.

Imbus des doctrines humorales qui planaient à cette époque sur toute la pathologie, les médecins, attribuant à la noirceur de la bile une influence néfaste sur le cerveau, englobaient sous le nom de mélancolie tous les troubles du système nerveux.

Le moyen âge, avec sa mentalité spéciale, voyait dans les mélancoliques des possédés du démon et les exorcisait, à moins que sous l'inculpation de sorcellerie il ne les livrât aux bûchers de l'Inquisition.

Vers le XVIII^e siècle, avec Bonnat on commence à décrire des troubles physiques dans la mélancolie, mais on invoque toujours la théorie des humeurs, en jurant par Hippocrate, père de la médecine.

Sous l'étiquette de mélancoliques, on comprend à cette époque, outre les mélancoliques, tous les persécutés; et le délire chronique à évolution systématique se trouve compris également dans ce groupe nosologique.

C'est à Esquirol que revient l'honneur de remanier les idées en cours sur la mélancolie. Il commença par lui donner le nom de lypémanie, mais il reconnut comme constituante de cette maladie tantôt une idée de persécution, tantôt une idée hypochondriaque, tantôt une idée de suicide.

Depuis Esquirol, on a repris la dénomination de mélancolie : on a classé à part les démences. Les monomanies, la confusion mentale ont été définies. On a étudié les formes dépressives de la paralysie générale et fait de la mélancolie une forme particulière de psychose.

De nombreuses discussions se sont élevées pour savoir si la mélancolie devait être considérée comme une maladie spéciale ou comme un syndrome.

Sans entrer dans des considérations qui nous entraîneraient hors du cadre dans lequel nous évoluons, nous admettons avec notre maître, le professeur Régis, qu'il existe une foule d'états mélancoliques symptomatiques : mais à côté de ces états, nous considérerons une forme morbide nettement caractérisée, une entité pathologique, la mélancolie pure.

Tous les psychiatres contemporains ne définissent pas de la même manière la mélancolie. Le chef de l'Ecole psychiatrique allemande, le professeur Kræpeline, en a fait une psychose d'involution sénile, due aux modifications cérébrales engendrées par la sénilité et dont l'étiologie ne serait autre que l'artério-sclérose.

Tout en reconnaissant que parfois l'artério-sclérose entre en jeu et peut être un facteur important dans la genèse de la mélancolie, il nous sera cependant permis de répondre victorieusement à Kræpeline, et cela en nous basant sur un argument irréfutable : les faits.

Les observations, combien nombreuses, qu'il nous a été donné de consulter dans la Clinique de M. le Professeur Régis, nous ont montré, en effet, la mélancolie survenant surtout chez des sujets se trouvant dans la force de l'âge, dans la jeunesse même, et auprès desquels on s'évertuerait en vain à chercher le moindre signe d'artério-sclérose ou de sénilité.

L'opinion de Krœpeline sur la mélancolie ne sera donc en aucune façon la nôtre.

Marcé a défini la mélancolie : un délire triste ou dépressif, pouvant aller jusqu'à la stupeur.

M. le Professeur Régis a très heureusement modifié et complété la définition de Marcé en insistant sur le caractère fondamental, qui est le trouble de la cénesthésie.

Nous définirons donc avec lui la mélancolie : « Une psychose généralisée, caractérisée par une concentration psychique douloureuse d'origine cénesthésique, avec réaction adéquate de l'activité générale et de toutes les fonctions de l'organisme. »

Nous considérons, en effet, la mélancolie comme une maladie de la cénesthésie et surtout de la cénesthésie affective. Mais, avant tout, il importe de définir cette cénesthésie dont nous parlons et de voir comment les divers psychologues ont, jusqu'à ce jour, compris ce sentiment si complexe que la psychose mélancolique atteint dans son essence propre.

*
* *

Il est un sentiment vague qu'à l'état normal tout homme possède en lui, sentiment qui lui fait se rendre compte de l'existence de son corps. Ce sentiment de notre personnalité qui fait de nous une individualité avec une marque et un caractère propres, qui, en un mot, nous distingue des êtres qui nous environnent : c'est ce que l'on nomme la cénesthésie.

« On peut considérer comme très vraisemblable, dit Ribot, que, à mesure que l'on descend l'échelle des êtres, il vient un moment où, chez les êtres inférieurs, le sens du corps devient toute l'individualité psychique. Chez l'enfant, il est probable que toute la psychologie des premiers jours se réduit à ce sentiment du corps. Mais chez l'homme et les animaux supérieurs, le monde bruyant des désirs, passions, perceptions, idées, recouvre ce fonds silencieux. Sauf par intervalles, on l'oublie parce qu'on l'ignore. »

Bien que généralement vague, ce sens de la cénesthésie est la

base de notre individualité psychique et parfois peut acquérir une grande netteté.

Henle, dont nous empruntons la définition, appelait ce sentiment : « La somme, le chaos non débrouillé des sensations qui, de tous les points du corps, sont sans cesse transmises au sensorium ». Pour E. Weber, la cénesthésie n'était autre chose qu'une sensibilité interne, une sorte de toucher intérieur qui fournit au sensorium des renseignements sur l'état mécanique et chimico-organique de la peau, des muqueuses, des séreuses, des viscères : en un mot, de tout l'organisme.

S'élevant contre les idées des philosophes contemporains, Jouffroy refusa d'admettre cette conscience que nous avons de l'existence de notre corps.

C'est objectivement, prétendait-il, que nous connaissons notre organisme, et, de même que nous avons conscience d'une table, d'une chaise qui s'offrent à nos yeux, de même avons-nous conscience de l'existence de notre corps.

Nous inspirant des idées émises par Beaunis, il nous sera permis de répondre victorieusement aux assertions du philosophe.

Certes, la conscience que nous avons de nos fonctions organiques nous ne pouvons la déterminer comme celle qui nous est fournie par les impressions extérieures. Elle n'en existe pas moins, et quoique localement nous ne puissions lui assigner un siège, nous avons d'elle un sentiment sourd, obscur, latent, analogue en un mot, dit Peisse, à celui qui provoque et accompagne les mouvements respiratoires et qui, bien qu'incessamment répété, passe inaperçu.

Notre sensibilité est entretenue à l'état de veille par une foule d'impressions qui vont, viennent d'un point à un autre et varient sans cesse.

Ce n'est pas là sentiment de l'existence. En effet, les sensations ne font que traverser le théâtre de la conscience, d'autres sans cesse surviennent qui chassent les premières pour, à leur tour, être chassées par d'autres. Le sentiment dont nous parlons, loin d'être soumis à toutes ces variations, persiste « présidant en quelque sorte à cette scène mobile. »

Condillac le nommait : « Le sentiment fondamental de l'existence ». Maine de Biran lui donnait le nom de sentiment de l'existence sensitive.

C'est grâce à lui, en effet, que nous considérons notre corps comme nous appartenant en propre, que nous prenons conscience de notre moi et que nous nous voyons en quelque sorte exister localement dans toute l'étendue de l'organisme.

Frappés par l'obscurité qui environnait encore la question, les psychologues modernes ont étudié la cénesthésie ou sentiment vital et se sont efforcés de la définir de leur mieux. Høfding, dans son *Essai de Psychologie*, basé sur l'expérimentation, la définit : « La tonalité fondamentale qui résulte de l'état total de l'organisme, de la marche normale ou anormale des mouvements vitaux, particulièrement des fonctions végétatives. »

Ce sentiment produit en nous des sensations diverses, mais le vague par lequel il se traduit est tel qu'il est bien rare que nous puissions localiser exactement les excitations par lui fournies.

Par l'intermédiaire de nos sens, en effet, nous pouvons recevoir des impressions multiples, mais ces impressions ont cette caractéristique de se présenter d'abord à l'état séparé et de posséder, en outre, des qualités qui nous permettent de les localiser exactement. Il n'en est pas de même des sensations produites en nous par le sentiment vital. Celles-ci, en effet, ne sont que des éléments dépendant les uns des autres, dont la réunion engendre un état de bien-être ou de malaise et qui proviennent de toutes les parties de l'organisme.

Les excitations, partant de chaque point du corps, parviennent au cerveau et le renseignent sur notre tonalité organique. De cet ensemble naît le sentiment de notre existence, le sentiment du cours général de notre vie. Ce sentiment vital, cette cénesthésie règle le ton émotionnel. Ce dernier sera donné par la résultante de l'antagonisme des sensations agréables ou désagréables. Suivant que l'équilibre sera ou non établi, suivant que la balance penchera de l'un ou de l'autre côté, la cénesthésie sera agréable ou pénible.

On pourrait croire, d'après ce que nous venons de dire, que seules les sensations internes jouent un rôle dans la production de la cénesthésie. Il n'en est rien et Wenck, Storch, Forster, Buch, Deny et Camus ont, en rendant plus précise par leurs travaux la notion de cénesthésie, donné aux sensations externes le rôle important qui leur revenait.

Les perceptions, ouvrage de nos sens, auraient, en effet, pour concomitants indispensables, des sensations organiques d'origine interne, sensations auxquelles reviendrait le rôle le plus important dans la connaissance non seulement du monde extérieur, mais aussi dans celle des phénomènes vitaux de notre propre organisme. L'explication de ce phénomène assez complexe serait la suivante : On sait que dans l'écorce cérébrale se trouvent des voies d'association; grâce à ces voies d'association, ces sensations organiques d'origine externe et leurs images sensorielles sont intimement unies aux images des sensations organiques d'origine interne, surtout viscérales, et de l'ensemble de ces deux sortes de sensations naîtrait le sens de l'existence, le sens de notre personnalité physique, la cénesthésie en un mot. Il résulte donc de ce qui précède que, à toute perception sensorielle qu'il nous sera donné d'éprouver correspondra un complexus d'images commémoratives des diverses régions du corps auxquelles nous devons la notion de notre organisme. Nous pouvons donc terminer cette étude rapide de la cénesthésie en disant qu'elle consiste en ce sentiment que nous avons de notre existence, grâce à la sensibilité organique, sensibilité qui, à l'état d'équilibre des fonctions vitales, est perçue très faiblement et dérive de tous nos tissus, de tous nos organes, y compris même les organes des sens.

A cette définition aboutissent les connaissances actuelles de la cénesthésie.

Il ne nous appartient pas de faire entrer dans notre travail l'analyse de ce sentiment. Pour ce faire, il faudrait passer en revue toutes les sensations internes que nous sommes susceptibles d'éprouver, y ajouter les impressions dérivant de toutes nos sensations externes, car, ainsi que nous l'avons montré

plus haut, elles aussi prennent certainement une part importante à la production de ce sentiment. Il faudrait, de plus, chercher comment les résidus de ces sensations et les impressions que nous éprouvons au moment même par le fait de ces mêmes sensations s'associent, se mêlent et se fixent dans la conscience « pour produire cet état sensitif si complexe, si vague, si indéterminé dans sa nature, si précis et si net dans son caractère final qui est la personnalité physique ». Ce caractère, en effet, si vague quand tout notre organisme est dans un parfait état d'équilibre, à peine sensible alors, grâce à un sentiment léger de bien être, d'euphorie minime résultant de l'accord parfait, se précise et, violemment, s'impose à nous dans les cas pathologiques. Il suffit d'un léger trouble dans une quelconque des fonctions de notre organisme. la fonction stomacale, par exemple, pour faire ressortir, sous une forme douloureuse, et par cela même plus perceptible, notre sens cénesthésique.

Bien que ne faisant pas une étude détaillée des troubles de la cénesthésie, étude qui demanderait un travail ardu et surtout une longueur de temps considérable, nous indiquerons cependant les formes diverses suivant lesquelles peut être lésé ce sens cénesthésique, signalant les maladies au cours desquelles se rencontrent plus généralement ces troubles.

Multiplés sont les formes suivant lesquelles peut être modifiée la cénesthésie.

Sous sa forme la plus bénigne, le trouble cénesthésique est peu de chose; sous une influence organique quelconque, un mauvais fonctionnement de viscères se produisent un malaise vague, une irritation. Le vulgaire dit : « Je ne suis pas dans mon assiette ». Nous dirons, avec Hefding : « La tonalité fondamentale résultant de l'état total de l'organisme est abaissée, nous sommes en proie à un état cénesthésique pénible ». Parfois le malade qui, pour des causes diverses, présente de l'anesthésie d'un membre ou bien encore de la paralysie, croira, sous l'influence d'un trouble cénesthésique qui lui fait perdre la conscience d'une partie de son corps, membre ou organe, que ce

membre ou cet organe ont perdu leur nature et sont devenus de bois, de marbre ou de fer.

Dans le cas que nous venons de citer, par suite de l'anesthésie ou de la paralysie, le malade a perdu totalement conscience de son membre et, de toutes pièces, a créé son illusion délirante ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Au lieu de cette absence totale de sensations correspondant à la partie anesthésiée, c'est une perversion de la sensation mal interprétée par le sujet : tels des gens qui sont persuadés que leur bras est devenu de verre.

Certaines sensations viscérales pourront, de même, donner lieu à des idées de possession par des anges ou des démons ; ce seront même parfois des animaux, et ainsi naîtront les délires de zoopathie interne. A un degré supérieur et pouvant se ranger parmi les troubles de la cénesthésie, nous avons les phénomènes d'autoscopie externe, où le sujet se voit agir et vivre en dehors de lui. Parfois tout sens cénesthésique sera aboli. Ainsi Baudelocque, dans les derniers temps de sa vie, n'avait plus conscience de l'existence de son corps. Certains aliénés parlent d'eux comme d'une autre personne, se figurant composés en entier de substances diverses, beurre, bois, verre, etc. Certains en viendront à nier l'existence de diverses parties de leur corps. Bref, de la cénesthésie, de ses aberrations dérivent toutes les erreurs de la personnalité si magistralement traitées par Ribot.

Si maintenant nous parcourons la pathologie générale et spéciale pour voir au cours de quelles maladies se rencontrent les troubles cénesthésiques, nous signalerons tout d'abord la prédominance des affections du tube digestif.

Les auto-intoxications, causes de bien des maladies, engendrent par contre-coup nombre de troubles de la cénesthésie. L'herpétisme, l'arthritisme entrent également en jeu. Enfin la sénilité est souvent, pour ne pas dire toujours, cause de troubles du sentiment vital.

Nous ne décrirons pas en détail les troubles cénesthésiques que nous rencontrerions en parcourant la pathologie mentale. Toutes les psychoses, entre autres la mélancolie, sous ses

diverses formes, la confusion mentale, les psychoses essentielles, tous les délires, la paralysie générale, etc., etc., peuvent donner naissance à des troubles divers du sentiment vital.

Une question se pose. Par quel mécanisme peuvent se produire ces aberrations ? D'après Kéraval, les divers organes sont reliés au cerveau par le grand sympathique. Si une perturbation quelconque se produit par cette voie dans un viscère, les vibrations transmises au cerveau ne seront plus les mêmes qu'à l'état ordinaire et des sensations anormales seront éprouvées par le sujet. Cela se produira dans les cas pathologiques communs, c'est là l'histoire de tous les malaises, de toutes les maladies. Mais en l'absence de toute condition pathologique, il peut se produire dans le grand sympathique un trouble moléculaire qui fait que les vibrations normales ne sont pas ou sont mal transmises. Ces vibrations nouvelles ont pour résultante des impressions anormales dont la nouveauté surprend et inquiète le patient, lui faisant croire à l'existence de phénomènes qu'en réalité sa seule imagination a créés de toutes pièces.

Notant les troubles qui peuvent s'expliquer par l'affaiblissement extrême du sentiment vital, Kéraval les range sous le nom d'acénesthésiques. Parfois, au contraire, les malades se trouvant une force, une puissance extraordinaire, il y a en eux, si l'on peut s'exprimer ainsi, hypertrophie du sentiment vital. hypercénesthésie. La perversion du sens vital est à l'origine de tous les délires.

Telle est, brièvement exposée de notre mieux, la question de la cénesthésie. L'avons-nous envisagée complètement et sous toutes ses faces ? Non. A côté des troubles que nous venons de signaler et que nous pouvons en quelque sorte appeler d'ordre intellectuel, il est une autre classe encore plus élevée : nous voulons parler des troubles affectifs.

Il n'entre pas dans notre cadre de faire un chapitre de psychologie. Rappelons seulement pour mémoire que les sensations sont en réalité la base des sentiments.

Les sensations organiques, en effet, perçues par la conscience, donnent naissance à des modifications vagues et indéterminées

de l'intelligence. Ces modifications sont désignées sous le nom de sentiments, d'émotions. La base de la vie affective, c'est la sensation organique.

L'homme est un ensemble d'organes reliés et mis en harmonie par l'un d'eux : le système nerveux ; c'est, comme on le voit, un véritable complexe de systèmes organo-psychiques. De cela découlent de nombreuses et importantes conséquences. Qu'il se produise, en effet, de la souffrance en un point quelconque du complexe, et les sensations ainsi produites seront transformées et altérées dans leur élaboration cérébrale. Par suite, arrivant à la conscience sous une forme et avec des caractères différents de ceux sous lesquels elles se présentaient d'habitude, il est tout naturel que les sentiments liés à ces sensations subissent une modification, et c'est ainsi que, par un trouble de la cénesthésie, sera modifiée l'affectivité de l'individu. Ainsi, sous l'influence d'une perversion cénesthésique, nous verrons des malades devenir, semble-t-il, indifférents pour ce qui naguère encore était pour eux une source d'émotions agréables. Les tendances, les inclinations, les passions même qui faisaient de l'individu un être agissant et aimant se sont évanouies. L'amour qu'il avait pour les siens, il ne l'a plus, il le cherche en vain autour de lui, il le réclame et s'afflige, allant jusqu'à s'accuser de ne pouvoir souffrir au spectacle des tourments de l'objet aimé et de rester impassible devant toute douleur.

Ces troubles de l'affectivité, nous nous proposons de les étudier, ce sera l'objet des chapitres suivants et nous nous efforcerons de les mettre en lumière au cours d'une maladie qu'à bon droit on a pu appeler : maladie de la cénesthésie, nous avons nommé la mélancolie.

Laissant à d'autres le soin de traiter les troubles cénesthésiques d'ordre intellectuel, nous nous attacherons à montrer la prédominance des troubles affectifs dans cette psychose. Nous montrerons que certains troubles, paraissant à première vue d'ordre purement intellectuel, sont dus en réalité à des troubles affectifs et que si la mélancolie est une maladie de la cénesthésie, c'est avant tout une maladie de l'affectivité.

CHAPITRE II

Etude des symptômes capitaux de la mélancolie d'après les observations

Nous allons maintenant donner quelques observations prises parmi les nombreuses que nous offrait la Clinique de M. le Professeur Régis. Nous étudierons ensuite, d'après ces mêmes observations, la symptomatologie de la psychose mélancolique, nous efforçant de faire ressortir l'importance qui revient au trouble affectif, à l'examen duquel nous consacrerons les deux derniers chapitres de notre travail.

OBSERVATION I (PERSONNELLE)

Marie M..., vingt-six ans, mariée, cultivatrice.

Antécédents héréditaires. — Père mort, à soixante-quatre ans, d'un catarrhe. Mère vivante, soixante ans, bien portante. Elle a eu cinq enfants, tous morts sauf la malade. Première grossesse, embryotomie; deuxième grossesse, à terme; troisième grossesse, fausse couche à cinq mois; quatrième grossesse, la malade actuelle; cinquième grossesse, enfant mort en bas âge; convulsions.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance. A partir de l'âge de dix ans elle a eu les yeux souvent rouges et larmoyants.

Réglée à quatorze ans régulièrement.

Mariée à dix-sept ans: première grossesse, enfant à dix-neuf ans, à terme; deuxième grossesse, un garçon bien portant; troisième grossesse,

une fille bien portante; quatrième grossesse, une fille bien portante; cinquième grossesse, un garçon mort de la cholérine.

Histoire de la maladie. — La malade nourrissait son dernier enfant depuis deux mois, lorsqu'elle assista à une discussion entre son mari et le propriétaire de la maison. Au cours de la discussion, le propriétaire ayant menacé le mari de la malade de le renvoyer, celle-ci éprouva un très vif chagrin, se voyant déjà sur le pavé avec ses cinq enfants et son mari manquant d'ouvrage, incapable par conséquent de subvenir aux besoins de la famille.

Durant trois jours et malgré que son mari continue à travailler, la malade ne mange pas, pensant toujours à un renvoi probable et à la misère noire. Le quatrième jour, le lait qui avait diminué tarit brusquement et le bébé est mis au biberon. Ceci se passait vers le 27 mai.

Sur ces entrefaites, la malade qui attendait avec impatience la venue des règles, ne les voyant pas apparaître, et constatant d'autre part chez elle certains phénomènes qui avaient accompagné les grossesses précédentes (urines troubles et fréquentes, troubles digestifs, etc.), se sentit envahir par l'idée qu'elle était enceinte pour la sixième fois.

Affolée par cette possibilité que son imagination transforme en réalité, pénétrée, d'autre part, de l'idée que l'hiver la trouvera errante dans les rues avec sa famille, manquant de tout, la malade est en proie à la dépression et au chagrin le plus intenses. A ce moment elle aime son mari et ses enfants comme elle les a toujours aimés depuis son mariage et leur naissance et a pour eux des élans d'affection.

Cet état de chagrin violent dure jusque vers le mois de septembre. Le petit bébé nourri au biberon ne prospérait guère, et il mourut le 17 septembre.

Le résultat de cette mort fut un gros chagrin qui vint s'ajouter aux peines déjà ressenties par la malade. Elle s'occupe des funérailles en proie à une agitation fébrile, ne pouvant, comme elle le dit elle-même, rester en place une minute. Le soir, elle se couche, dort mal. Le lendemain, elle était occupée à travailler quand soudain elle éprouve une sensation bizarre. Il lui semble que dans son cerveau surgit une barrière qui se dresse entre elle et la foule d'impressions et d'idées qui auparavant la préoccupaient. « Il m'a semblé, dit-elle, que je n'y voyais que pour le présent. Le passé, l'avenir, tout cela me semblait en dehors de moi.

» Moi qui redoutais d'être enceinte, qui craignais de voir mon mari manquer d'ouvrage, cela m'était devenu complètement indifférent ». La malade vit deux jours dans cet état. Le troisième jour, elle ressent une grande faiblesse dans les jambes. Elle a une sensation de mort prochaine. De grands battements se font sentir dans la région rétro-sternale. Elle a peur de mourir, son indifférence a disparu et, pour disputer une heure, une minute à la mort qu'elle sent imminente, elle se précipite sur tous les cordiaux qu'elle peut trouver et use de l'éther dont elle boit de petites quantités.

A ce moment les règles reviennent, et dans cette réapparition la malade voit un signe de mort imminente : elle va mourir, Dieu la punit.

Au bout de quatre jours, tous ces phénomènes disparaissent, et brusquement au début du cinquième surgit de nouveau la barrière dans le cerveau de la malade. Elle voit tout comme à travers un rêve ; elle se rend compte de tout cependant, mais les pensées traversent son esprit sans s'y arrêter. « Ça ne va pas au fond », dit-elle.

L'affectivité n'existe plus chez la malade et elle s'en afflige :

« Moi qui aimais tant mes enfants et mon mari, dit-elle, je les aurais vu mourir devant moi que cela m'aurait laissée indifférente. Ainsi tenez, mon enfant est mort le 17 septembre ; eh bien ! le 17 octobre, un mois jour pour jour est mort de la même maladie le petit d'une voisine chez qui j'étais tout le temps. Je l'ai vu mourir devant moi sans rien sentir de plus que si j'avais été de pierre ». Puis elle ajoute : « Je l'ai vu mourir, mais c'était comme à travers un rêve. Ça n'allait pas au fond. Je n'aime plus les miens et cela me torture. »

La malade n'aime plus son intérieur :

« Autrefois, j'aimais être chez moi, travailler au milieu de mes enfants, maintenant je me trouve mieux chez le voisin. »

Cette indifférence se manifeste dans tous les actes de la vie de la malade.

« Je n'ai plus de goût au travail, dit-elle, je travaille parce qu'il faut travailler ; j'économise, parce qu'il faut économiser, mais ça m'est égal ; quand je fais un achat, je me dis : à quoi bon ? »

La malade a présenté cet état depuis le mois de septembre, avec cependant des périodes de rémission, si l'on peut les appeler ainsi, se traduisant par un léger retour de l'affectivité.

Elle se sent mieux alors, parce qu'elle pense à ses enfants et à son mari avec un peu d'affection.

Elle se trouve malheureuse d'être malade; a des crises violentes de désespoir et voudrait disparaître de ce monde.

Examen somatique. — Femme affaiblie, maigre, expression de physionomie souffreteuse. La malade n'a aucun trouble physique. Les appareils examinés n'ont permis de constater rien d'anormal.

La sensibilité, explorée avec soin, a été trouvée absolument intacte. Pas la moindre diminution dans la production des réflexes.

Appétit conservé; selles régulières.

Traitement institué: tonique et reconstituants avec douches.

20 novembre. La malade est aujourd'hui dans une de ses périodes de rémission. Elle aurait, lui semble-t-il, plaisir à voir son mari et ses enfants. « Je pleurerais si je les voyais », dit-elle. Elle a un peu plus qu'autrefois l'espoir d'une guérison qu'elle voit cependant très éloignée. La barrière est moins épaisse, mais la réalité lui semble encore envahie d'un nuage.

27 novembre. La malade se sent un peu mieux aujourd'hui. Elle a eu ce matin la sensation qu'elle était redevenue la même qu'avant sa maladie; seulement, cette sensation n'a pas duré. Cependant, elle se sent mieux et espère guérir.

4 décembre. La malade est beaucoup mieux, presque souriante. Elle sent revenir son affection pour les siens.

11 décembre. La malade qui avait, se sentant mieux, interrompu tout traitement, nous revient, retombée dans son état de perte affective, nous disant qu'elle souffre, car elle n'aime plus ses enfants. On lui recommande de reprendre le traitement d'une façon rigoureuse.

18 décembre. La malade revient guérie, ayant retrouvé, dit-elle, son amour pour sa famille et son goût du travail.

OBSERVATION II (PERSONNELLE)

Jeanne L..., trente-huit ans, ménagère.

Renseignements fournis par la malade :

Antécédents héréditaires. — Père mort à cinquante-sept ans, de fluxion

de poitrine. Caractère très doux. Ne buvait pas. Mère morte à soixante-neuf ans, d'asystolie. Très douce de caractère.

La malade n'a connu que sa grand'mère paternelle, sur laquelle elle ne peut donner aucun renseignement.

La mère de la malade a eu six enfants : trois garçons et trois filles.

Le premier, un garçon, né avant terme, est mort au bout de onze jours.

Le deuxième, un garçon, est vivant. Il a quarante ans et est asthmatique. Pas nerveux.

La troisième, une fille, est vivante. Elle a trente-neuf ans. Excellente santé. Plus nerveuse que les autres enfants.

La quatrième, une fille (c'est la malade), née à terme.

La cinquième, une fille, vivante, bien portante, un peu nerveuse.

Le sixième, un garçon, vivant, bien portant quoique pas très fort.

Antécédents personnels. — Née à terme. Nourrie au sein, sevrée à un an. A marché à onze mois. Coqueluche à huit ans. Jusqu'à l'âge de sept ans, quoique aucune maladie n'ait provoqué cet état, la malade est très chétive. Grippe à vingt-cinq ans.

La malade a été réglée à quatorze ans. Règles très peu abondantes, régulières.

Mariée à vingt-cinq ans. Un enfant actuellement âgé de deux ans. Accouchement très pénible. Pas de forceps. Hémorragie abondante.

Relevailles au bout de huit jours. A ce moment le caractère de la malade n'avait pas encore changé.

Quinze jours après les relevailles, abcès du sein droit qui aurait disparu par l'application de cataplasmes.

Histoire de la maladie. — A la suite des accidents survenus à propos de son accouchement, la malade s'affaiblit beaucoup et une évolution commença à se faire dans son esprit. La malade sentit son affection pour les siens diminuer subitement pour disparaître et être remplacée par l'indifférence la plus complète.

« Les plus grands malheurs auraient pu arriver aux miens, s'écrie-t-elle, que cela m'aurait été parfaitement égal ». A cela se joignaient des idées d'impuissance ; la malade se prétendait incapable de gagner sa vie. Elle était découragée à propos de tout. Elle passait ses journées dans une immobilité complète, suivant son idée fixe, s'accusant d'avoir

perdu tout amour pour les siens. Elle refusait de manger, car elle voulait mourir pour débarrasser sa famille d'une charge pénible.

La souffrance qu'elle éprouvait de se trouver dans cet état diminua bientôt. Elle était, comme elle le dit, devenue un peu plus indifférente à l'égard de sa famille et ne se préoccupait plus autant du manque d'affection envers les siens dont elle se tracassait auparavant. Elle essaye cependant vers cette époque de se suicider, mais sans grande conviction, en buvant un dépuratif. N'ayant pas obtenu l'effet désiré, elle se montre très heureuse d'avoir échappé à la mort et est bien décidée à ne plus recommencer de sitôt. Pendant cette période, la malade s'était remise à travailler.

Fin novembre, elle quitte son travail et va dans les Pyrénées chercher son enfant qui s'y trouvait. Elle était la proie à ce moment d'idées d'impuissance et d'un manque total d'affectivité. C'est avec l'indifférence la plus complète qu'elle revoit son enfant et le ramène. A son retour, son mari la jugeant incapable de s'occuper de l'enfant, ce dernier est mis en nourrice.

En janvier, la malade, fatiguée, rentre à l'hôpital. Incapacité de travail, impossibilité de dormir. Elle est en proie à une agitation extrême. Idées gaies. Extrême abondance de paroles.

Au sortir de l'hôpital, elle fait une fugue sans avertir sa famille. Elle arrive à Pau et passe dix jours dans cette ville, étant sans ressources et vivant des libéralités du bureau de police.

Malgré son extrême dénuement, elle ne voulait pas revenir à Bordeaux, persuadée que tout le monde lui en voulait, qu'on cherchait à la faire mourir et que les diverses maisons où elle allait chercher du travail s'étaient entendues par téléphone pour ne pas l'occuper.

Ces idées de persécution n'attristaient pas la malade.

Vers le 10 février, la malade est ramenée à Bordeaux en proie à une extrême agitation. Plus d'idées de persécution, une joie intense, une exubérance extraordinaire, une facilité de parole merveilleuse. La malade faisait même « des discours politiques ». Inutile d'ajouter qu'ils étaient incohérents. Elle croyait être quelqu'un bien haut placé et faisait de la propagande pour le duc d'Orléans, persuadée que d'elle seule dépendait l'établissement de la royauté en France.

Elle entre à Picon le 13 février 1906. Excitation extrême, gesticu-

lations, chant, grimaces. Gaïté folle. Idées de grandeur. La malade se croit supérieure à ceux qui l'environnent.

Au bout de deux mois de séjour à l'asile, la malade reconnaît qu'elle se trouvait dans l'erreur au point de vue de ses idées politiques. Elle commence à travailler et demande à sortir.

Elle quitte Picon en juillet, tout à fait remise, à ce qu'elle prétend.

Quinze jours environ après sa sortie de l'asile, les idées mélancoliques recommencent à s'emparer de la malade. L'affectivité est atteinte. Elle n'aimait plus sa famille, avait des idées d'impuissance, mais n'en souffrait pas, car, dit-elle, je savais que cette crise n'allait pas durer. Ceci se passait en octobre.

Sur ces entrefaites, le mari de la malade, la voyant de plus en plus triste, de plus en plus incapable de manifestations actives, l'emmène à l'hôpital.

Etat mental. — Ce qui, dans l'état de la malade, domine toute la scène, c'est cette perte de l'affectivité qui l'éloigne de sa famille. Elle s'affecte beaucoup de cet état. Elle souffre aussi de n'avoir plus envie de travailler. « Elle n'aime pas les siens, ne se débrouille pas, n'est plus bonne à rien. »

La malade voudrait guérir, bien qu'il lui semble que tout effort fait dans ce sens serait inutile. Elle n'a pas d'idées de suicide; cependant, la pensée lui vient souvent que la mort serait préférable à l'état dans lequel elle se trouve.

Elle n'a jamais présenté d'hallucinations ni de cauchemars.

Le sommeil est pénible, en ce sens que la malade se réveille souvent.

Ses rêves, car elle rêve fréquemment, présentent une particularité très intéressante. La malade rêve de sa famille, et alors son indifférence à l'égard des siens diminue et elle éprouve alors des préoccupations à leur égard. Depuis que la malade est à l'hôpital, elle se sent, dit-elle, un peu mieux. Elle a une plus grande confiance en une guérison qu'elle croit néanmoins très éloignée. Elle désire des fortifiants qui, croit-elle, lui feraient le plus grand bien.

Examen de la sensibilité. — La sensibilité de la malade, que nous avons explorée avec le plus grand soin, nous a paru absolument normale. Pas la moindre modification. Réflexes normaux.

L'appétit est conservé. Les besoins physiologiques ont la même intensité qu'auparavant et s'accomplissent dans de bonnes conditions.

Les divers appareils examinés sont normaux.

On institue le traitement en usage dans la Clinique de psychiatrie de Saint-André. On s'occupe surtout de tonifier la malade.

Il nous a été donné de suivre personnellement l'évolution de la maladie chez cette femme, et nous avons remarqué que, au fur et à mesure qu'elle se remontait au point de vue physique, il en était de même au point de vue moral.

Actuellement, elle est en voie de guérison presque complète.

OBSERVATION III

(Duc en grande partie aux docteurs LE FERS et WIBRATTE)

A..., femme, quarante ans, artiste mandoliniste.

Antécédents héréditaires. — Père, robuste de constitution, très nerveux, caractère violent. Souffrait vers la fin de sa vie d'un catarrhe qui dégénéra en tuberculose. Mort, en 1888, à l'âge de soixante et un ans.

Mère bien portante, âgée de soixante-quinze ans, rhumatisante. Dans son passé pathologique on relève : une fausse couche de deux mois, une menace d'avortement après une chute, lorsqu'elle était enceinte de la malade, un retour d'âge un peu pénible (syncopes nombreuses), une otite moyenne il y a quatre ans et quelques atteintes rhumatismales. C'était une femme très nerveuse qui n'a cependant jamais eu de crises.

Antécédents collatéraux. — La malade a eu trois frères morts à l'âge de deux ou trois ans de maladies inconnues de la malade.

Une sœur rhumatisante, très nerveuse, qui a toujours souffert de la tête, a eu des crises nerveuses très fortes dont la dernière, il y a cinq ans, à la suite d'une contrariété. Elle a eu deux enfants, morts du croup à l'âge de deux ans ; plus deux fausses couches, une de six mois, une de deux.

Il faut signaler qu'une cousine de la malade au deuxième degré serait devenue idiote et serait morte à l'âge de dix-huit ans dans un asile.

Antécédents personnels. — La malade n'a jamais été mariée. Deux enfants : à l'âge de vingt ans, un fils qui mourut de convulsions huit

jours après sa naissance, et dix mois après une fille âgée aujourd'hui de vingt-trois ans. Cette enfant, très nerveuse, est mariée aujourd'hui.

Histoire de la maladie. — Nous ne retracerons pas en détail les péripéties de l'existence de notre malade. Sa vie, qui a été un véritable roman, s'est passée en pérégrinations à travers tous les pays de l'Europe. La malade faisait partie d'une troupe d'artistes lyriques dont son mari était directeur. Elle avait aussi un amant qui se suicida.

Cette mort eut pour résultat de l'impressionner vivement, et, pour tâcher de revoir le mort, la malade se lança dans le spiritisme et se livra pendant trois ans à des pratiques spirites.

Elle avait cessé depuis longtemps ces pratiques, lorsqu'elle tomba dans un état qui ne laissa pas d'inquiéter sa sœur avec qui elle vivait.

C'est sur ses conseils qu'elle décida d'entrer à l'hôpital où elle arrive le 13 octobre 1906.

Examen de la malade. — L'aspect de la malade est celui d'une femme bien portante, normalement développée, robuste même.

On est tout d'abord frappé par son attitude particulière. Debout près de son lit, l'air triste et absorbé, les yeux fixes, elle reste immobile et ne dit pas une parole.

Lorsqu'on approche d'elle, elle lève la tête et regarde avec assez d'assurance.

L'expression du visage est toujours la même; pas de gestes, pas de grimaces.

De temps en temps elle se met à marcher, va et vient dans la salle. Sa démarche n'est pas hésitante, mais ferme, avec une certaine raideur.

Depuis son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire samedi 13 octobre, elle n'a pas manifesté l'intention de se livrer au moindre travail. Pour la première fois, le 8 novembre, à notre arrivée nous trouvons la malade en train de coudre. Toutefois, il est évident qu'elle ne s'intéresse pas à son travail. Son esprit est ailleurs. Il semble que l'aiguille aille automatiquement. De temps en temps elle s'arrête brusquement. La malade pousse un soupir, quelques secondes, et elle continue son travail.

Asymétrie légère de la face. Voûte palatine ogivale. Pas d'autres signes de dégénérescence.

Troubles psychiques. Affectivité. — La malade regrette le temps où elle était encore capable d'attachement pour sa famille; elle voit son

affection pour les siens s'évanouir de jour en jour, et elle s'en afflige : « On m'apprendrait que ma fille est morte, que cela ne me toucherait nullement. C'est navrant, je souffre bien d'être comme cela ». La malade ne pense plus librement, normalement. Elle n'a plus de volonté, n'est plus maîtresse d'elle-même, elle se sent poussée par des volontés étrangères à chanter et à jurer.

Elle n'est plus comme autrefois, elle a le corps et les jambes vides.

Pas de modification chez la malade de la perception des objets extérieurs.

La malade est en proie à une profonde tristesse. Elle ne se plaint jamais. Par moment, elle perd conscience de l'existence et du fonctionnement de ses viscères abdominaux ou de ses jambes; elle dit alors avoir le ventre et les jambes vides. Il lui arrive aussi de se croire morte. Mais elle a la conscience de l'absurdité de cette idée. Elle se croit parfois une autre personne, sa sœur ou sa fille.

Ce qui préoccupe encore la malade, c'est l'idée fixe qu'elle est une cause de souffrances pour son entourage ou sa famille. Il lui semble qu'elle s'en éloigne, qu'elle n'aime plus les siens. Elle en souffre et se reproche de n'être pas assez triste en pensant à eux.

Elle a remarqué en outre que, lorsque son état s'améliore, celui des personnes de son entourage empire. Elle est persuadée que le mal qu'elle ne souffre pas retombe sur son entourage et elle se reproche d'être la cause involontaire de ces souffrances supposées. Elle a des idées de déshonneur et se croit atteinte d'hystérie, qu'elle appelle une maladie honteuse. Elle a aussi des idées d'impuissance, elle n'a pas de volonté, se sent sous une domination étrangère, elle est poussée à chanter ou à jurer et résiste avec peine à ses impulsions. La malade est très méfiante; elle écoute attentivement tout ce qui se dit autour d'elle, croit toujours que l'on parle d'elle (délire égocentrique). Lorsqu'elle ne se sent pas surveillée, elle va lire furtivement dans le cahier des prescriptions et tout ce qui se trouve à portée de sa main.

On se moque d'elle. Durant la nuit, elle ressent des pressions sur la tête, sur la gorge, des brûlures à l'intérieur du corps. Cela disparaît par la friction. Elle soupçonne son entourage de provoquer ces vexations. Elle entend parfois des voix qui l'appellent.

Pas d'hallucinations de la vue.

Pas de troubles du goût, ni du toucher, ni de l'odorat.

Troubles de l'activité. — Dépression profonde, gestes rares. La malade ne se lève le matin que si on le lui commande. Toutefois elle fait sa toilette et se peigne spontanément.

Avec la venue des règles on constate une agitation plus grande et un état impressionnable assez prononcé. Pas de troubles du langage. Voix nette, assurée. La malade mange avec appétit, mais prétend qu'il vaudrait mieux pour elle ne pas manger.

Pas d'idées de suicide. La malade a eu parfois la sensation d'une mort prochaine. Elle en ressentait une grande volupté et regrette de ne plus éprouver cette sensation.

Troubles physiques. Système nerveux. — La sensibilité générale n'est pas modifiée. La sensibilité spéciale est normale. Pas de troubles de la motilité, pas de troubles trophiques et vaso-moteurs.

Réflexes normaux.

Sommeil paisible. Pas de cauchemars.

Pas de douleurs spontanées.

Force musculaire conservée.

Pas de trémulation de la langue. Pas de troubles de la parole.

Fonctions organiques. — L'examen des divers appareils ne révèle rien d'anormal. La malade a toujours été dyspeptique. Pouls, 80.

Depuis l'origine de l'affection actuelle, les règles sont très peu abondantes, irrégulières, avec des retards.

L'évolution de la maladie chez cette malade a été particulièrement longue. Le traitement tonique a cependant donné de bons résultats, car actuellement la malade, sans être complètement remise, est en bonne voie de guérison.

OBSERVATION IV

(Recueillie à la Clinique de M. le Professeur RÉGIS)

Femme, vingt-six ans, entrée le 29 janvier 1904, à l'isolement.

Antécédents héréditaires. — Père inconnu de la malade. Elle a entendu dire qu'il était négligent pour ses affaires domestiques, sans volonté. En 1882, il perd sa femme et en 1883, à la suite de mauvaises

affaires, part en abandonnant ses trois enfants. Depuis, on n'a plus entendu parler de lui.

Mère morte en 1882 de suite de couches. Peu connue de la malade qui a entendu dire qu'elle était très nerveuse.

Antécédents collatéraux. — Une tante et un oncle paternels nerveux et très violents.

Antécédents personnels. — Ignore si elle a été atteinte de quelque maladie dans son enfance. Réglée à dix-huit ans et, depuis, toujours régulièrement.

La malade aurait eu de douze à quinze ans des crises d'asthme qui se répétaient tous les mois. Ces crises duraient une heure et étaient soulagées par du sirop d'ipéca qu'elle prenait assez régulièrement. Etant placée comme bonne d'enfant, à l'âge de quinze ans, il lui arriva de laisser un jour tomber le bébé confié à ses soins. La mère était présente ; la malade demeura un instant comme sidérée par l'épouvante ; elle revint cependant à elle au bout d'un instant, et quoique le bébé n'eût ressenti aucun mal de sa chute, elle fut tellement affectée qu'elle se jeta dans un puits. On la retira, mais elle fut renvoyée.

Elle se replace au bout de six mois et reste trois ans dans cette place. Elle eut une intrigue avec un jeune homme, mais se fâcha avec lui parce qu'elle était jalouse. Elle souffrit beaucoup de cette jalousie, en perdit le boire et le manger, devint incapable de tout travail et, finalement, dut quitter sa place.

Placée de nouveau au bout de six mois chez un boucher, elle y reste trois ans. Elle aurait eu pendant ces trois ans des intrigues d'amour, dont une avec son patron qui était marié et trompait sa femme avec elle. Celle-ci d'ailleurs le lui rendait, paraît-il, surabondamment.

C'est là à propos d'un incendie, raconte la malade, qu'éclata sa crise de mélancolie. La malade était couchée, lorsqu'elle fut réveillée par une vive lueur. Elle se précipita hors de son lit et alla voir à une porte vitrée qui donnait sur le grenier. Elle vit ce grenier rempli de flammes. Elle eut alors, raconte-t-elle, le cœur comme dans un étou. Elle ne put crier. Les voisins accoururent cependant et l'entraînèrent au dehors. Elle était si saisie qu'elle ne pouvait être d'aucun secours dans le sauvetage, se cramponnant aux sauveteurs et criant des paroles de désespoir. Chez les voisins où elle fut amenée, elle ne versa pas une larme.

Elle se demandait ce qu'elle allait faire, ce qu'elle allait devenir. Cette situation dura deux heures. La malade sortit de là, le cœur fermé, se disant que sa vie était désormais brisée. En vain on essaya de la remonter, paroles, encouragements, secours même en nature, rien n'y fit et ne put la remettre de son désespoir.

Elle n'aimait plus personne, ni ses amoureux, ni les enfants de son patron, ni ses parents, ni enfin toutes les personnes pour lesquelles elle avait auparavant beaucoup d'affection. Elle avait, dit-elle, toute sa raison, mais plus de volonté, elle « n'éprouvait rien, absolument rien. Elle ne savait pas ce qu'elle allait faire rien ne la tentait, elle était et devait rester insensible à toute joie et à toute douleur. Elle se sentait le côté gauche, le côté du cœur vide ». Son frère est arrivé pour la chercher : « Je l'ai suivi comme j'aurais suivi n'importe qui, cela ne me faisait rien ; j'aurais voulu mourir ». Son frère essaya de la distraire et d'abord la prit par la douceur ; mais elle ne pouvait même pas l'embrasser.

En septembre, il l'amena à une représentation de *Mignon*, mais elle se bouchait les oreilles, fermait les yeux, ne voulait rien entendre, rien voir. Ce n'était pas la musique qui l'irritait, c'était son indifférence même qui la faisait souffrir.

Son frère voyant que la douceur ne réussissait pas, changea de note et se mit à la battre. Ce moyen plaisait davantage à la malade, mais elle n'y était guère plus sensible qu'à l'autre.

Elle sentait bien la main qui la frappait, mais il fallait que le frère tapât dur pour qu'elle éprouvât de la douleur. Elle se complaisait dans cette douleur et aurait voulu souffrir davantage pour éprouver une réaction.

Au bout de deux mois, son frère l'amène à Bordeaux. Elle a quitté sa belle-sœur, qui avait été très bonne pour elle, sans lui dire merci. Elle aurait voulu s'y attacher mais elle souffrait de ne sentir aucune affection pour personne.

Elle est, au mois d'octobre, amenée à la consultation de Saint-André et M. le Professeur Pitres la fait entrer salle 7.

Là on la soigne par des douches froides, elle avoue qu'elle réagissait quand on lui touchait le cœur ; elle souffrait alors ; puis après la douche, elle sentait le cœur comme dans un étai.

Ses voisins ne lui ménageaient pas leurs quolibets et l'appelaient « maboule ». Cela lui était d'ailleurs complètement indifférent. Dans les derniers jours qu'elle a passés salle 7, elle sortait de cette salle et errait dans l'établissement, notamment autour des cellules, à la recherche d'une émotion assez forte pour qu'elle ressentit quelque chose.

Sur ces entrefaites, comme on ne pouvait la maintenir dans la salle dont elle s'échappait à chaque instant, on l'envoie à l'Isolement, service de M. le Professeur Régis, où elle arrive le 15 janvier 1904.

Examinée aussitôt son entrée à l'Isolement, on constate au point de vue de l'état mental :

Intelligence un peu au-dessous de la moyenne. La malade paraît avoir un peu perdu la mémoire. Mais ce point est assez difficile à élucider, la malade mettant une mauvaise volonté évidente à répondre. Elle se désintéresse de tout et aux questions qu'on lui pose, elle répond : « A quoi bon, ma maladie date de l'incendie, il n'y a pas de remède ; moi seule pourrais me guérir en réagissant, mais je ne m'en sens pas la force. Ma vie est brisée ». Elle accuse une aboulie presque complète. Elle veut travailler, mais malgré sa bonne volonté elle ne le peut pas.

Elle a eu, après l'incendie, des idées de suicide ; elle a eu plusieurs fois, étant en chemin de fer, l'intention de se jeter sous les roues. En ce moment, prétend-elle, elle aurait peur d'avoir envie de se détruire si elle était laissée en liberté.

Affectivité. — Les sentiments d'affection sont, en apparence, totalement abolis. La malade se plaint de ce vide de sentiments.

Après l'incendie, elle ne sentait plus les organes fonctionner. Cette sensation a vite disparu et, pour ce qui est des phénomènes physiologiques, la malade dit bien qu'elle les sent s'accomplir en elle aussi nettement qu'autrefois. Mais ce qu'elle ne sent plus, c'est ce qu'elle appelle « le cœur », en comprenant sous cette dénomination la sensation consciente de ses sentiments affectifs. Elle voudrait éprouver des sentiments ; elle ne peut pas pleurer. Ses amies, ses parents, sa sœur viennent la voir parfois, la caressent et l'embrassent, mais elle n'éprouve rien. Quand elle est couchée, la nuit, elle se reproche de n'avoir point d'affection pour ses parents et amis. Mais quand ils viennent dans la journée, elle ne peut supporter qu'ils la caressent, car, dit-elle, elle com-

prend qu'on cherche à l'attendrir, mais elle sait qu'elle ne peut rien éprouver. Elle n'a qu'une douleur : c'est celle de ne rien sentir. Elle en a honte; et quand sa sœur entre dans la salle, elle fuit de l'autre côté, car elle est mécontente d'elle-même, ne pouvant rien sentir, rien éprouver.

Examen somatique : Système nerveux. — Malade apathique; demeure volontiers immobile sur sa chaise. On doit la brusquer pour que dans la journée elle circule autour de la chambre.

Sensibilité. — La malade présente de l'hémi-paresthésie du côté gauche.

Réflexes normaux.

Pas de paralysie ni de contracture.

Champ visuel un peu diminué à gauche.

Appareil digestif. — Appétit bon, digestion facile, selles régulières

Autres appareils normaux.

OBSERVATION V

(Recueillie dans la Clinique de M. le Professeur Régis)

Femme, trente-cinq ans, lisseuse. Vient à la consultation pour son état mental, qui l'inquiète considérablement.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants actuellement et toujours en bonne santé.

Antécédents collatéraux. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Maladies de l'enfance : rougeole à cinq ans, coqueluche à six ans.

Réglée à quatorze ans et depuis toujours régulièrement. Mariée à vingt ans.

Cinq grossesses et trois fausses couches. Les cinq enfants, venus à terme, sont actuellement tous en bonne santé. Toutes ces grossesses ont beaucoup fatigué la malade.

Histoire de la maladie. — La malade raconte qu'il y a environ un mois, quinze jours après avoir fait sa dernière fausse couche, elle fut prise subitement d'un grand mal de tête. Ce mal de tête s'accompagnait d'une sensation de grande faiblesse et de maux d'estomac assez violents,

A la suite de ces divers malaises, elle devint triste. La moindre contrariété « lui portait sur les nerfs », et, comme elle le disait, « lui courait tout le long des nerfs, ne lui laissant aucun repos. »

Sur ces entrefaites, elle vit passer devant ses yeux comme « une grosse mouche noire » qui l'inquiéta beaucoup, mais disparut assez rapidement.

Le lendemain, la malade éprouve comme le sentiment qu'elle se détachait de sa famille.

Son mari, avant de partir à son travail, l'embrassait tous les matins et elle tenait beaucoup à cette marque d'affection, mais depuis ce jour, elle eut, pour ce baiser habituel, l'indifférence la plus complète. Bien plus, ses enfants qu'elle adorait auparavant, il lui semblait qu'elle ne les aimait plus et que tous leurs actes, quels qu'ils fussent, la laissaient indifférente. Une indifférence s'emparait d'elle également pour tous les actes de la vie et elle ne pouvait se livrer à aucun travail.

C'est alors, qu'effrayée par la tournure que prenaient ses idées, elle s'inquiète et vient à la consultation de Saint-Raphaël, où il nous est donné de l'examiner le 13 novembre 1903.

Examen de la malade. — Nous sommes en présence d'une femme de trente-cinq ans qui marque plus que son âge. Sa figure est empreinte de tristesse et d'ennui. Interrogée au point de vue des troubles physiques la malade accuse des douleurs de tête assez violentes, surtout le soir. Elle se plaint également de l'estomac et se trouve faible.

« Mais, nous dit-elle, c'est surtout en dedans de mon esprit que j'ai le mal. Souffrir, ça m'est égal, mais c'est les idées que je voudrais avoir. Je voudrais aimer mes petits comme autrefois, et sentir chaud au cœur quand je les embrasse, comme je me sentais chaud au cœur autrefois. C'est ça qui est terrible, ne pas aimer ceux qu'on aimait tant autrefois. Mon mari, on viendrait m'annoncer qu'il s'est tué en tombant de son échafaudage que ça ne me ferait rien du tout. Je n'ai plus le cœur au travail. Moi qui autrefois étais toujours à l'ouvrage, ça ne me dit plus rien du tout et je reste toute la journée sans rien faire.

» J'ai eu l'autre jour mon dernier, qui a quatre ans, qui est tombé malade de la rougeole ; je l'ai soigné, mais il me semble que cela m'aurait été égal de le voir mourir sous mes yeux ; cela ne me faisait rien de le voir malade. Guérissez-moi de cela, et faites que je puisse sentir que j'aime quelqu'un, que j'aie du goût pour quelque chose. »

Nous avons, à la suite de son récit, exploré la sensibilité de notre malade ; elle nous a paru normale. Pas de modifications de la sensibilité au contact, froid ou chaud, à la piqure, etc. Nous avons interrogé la malade au point de vue de ses besoins physiologiques ; elle nous a déclaré les ressentir avec autant d'intensité qu'autrefois. Nous avons alors passé à l'examen des divers appareils.

Appareil circulatoire. — Pouls un peu faible. Le cœur bat normalement. Pas de souffles d'aucune sorte.

Appareil digestif. — Dilatation légère d'estomac. Appétit conservé. Selles régulières.

Appareil uro-génital. — Rien à signaler ; les urines que nous avons analysées ne nous ont présenté ni sucre ni albumine.

Système nerveux. — La malade dort assez bien, malgré ses maux de tête. Pas d'hallucinations, pas de cauchemars.

On institue immédiatement le traitement utilisé en pareil cas.

On se propose de tonifier la malade au moyen de douches et de reconstituants. La malade est invitée à se représenter à la consultation tous les huit jours, afin que l'on puisse juger des progrès faits.

22 novembre. La malade se présente à la consultation. Elle prétend ne pas ressentir d'amélioration appréciable, mais son état n'a pas empiré. Elle se plaint surtout de ne pas pouvoir aimer son mari et ses enfants et de rester insensible à toutes leurs prévenances.

3 décembre. La malade, qui a laissé passer une période de quinze jours, revient, annonçant triomphalement un mieux sensible qu'elle attribue aux fortifiants qu'elle a pris. Ses sentiments de famille deviennent moins indifférents et il lui semble qu'elle aime un peu son mari et ses enfants. Elle repart de la consultation avec l'espoir d'une guérison prochaine.

6 janvier. La malade revient pour annoncer sa guérison qui est complète. Elle a retrouvé son bien-être antérieur et n'était un léger sentiment de faiblesse qui persiste, elle serait ce qu'elle était avant sa maladie.



Nous allons maintenant passer à l'étude des diverses observations que nous avons fournies et voir si, parmi les nombreux symptômes rencontrés au cours de l'évolution de la psychose mélancolique, nous n'en trouvons pas qui seraient d'une importance particulière, quasi pathognomoniques, pourrait-on dire.

Nous ferons tout d'abord ressortir, au point de vue étiologique, que, en outre des nombreux facteurs signalés par les psychiatres, chagrins violents, auto-intoxications, etc., une place importante doit être réservée au surmenage génital. C'est ainsi que chez nos mélancoliques des Observations I, II et V, la seule cause de l'accès mélancolique a été le surmenage causé par la fréquence des grossesses et la difficulté des accouchements.

Ce qui, chez les mélancoliques qu'il nous a été donné d'examiner, nous a tout d'abord frappé, c'est leur attitude triste et leur physionomie déprimée. Avec quel air malheureux ils s'asseyaient, à la consultation, sur la chaise qu'on leur avançait et comme le masque de tristesse répandu sur leur visage donnait à toutes leurs paroles une teinte découragée. Nous avons vu les malades présenter ce masque mélancolique à l'exclusion souvent de tout autre symptôme physique.

Une sensation qu'ont accusée bon nombre de mélancoliques que nous avons étudiés, c'est ce sentiment de faiblesse, d'asthénie profonde qui leur rend tout mouvement fort pénible et les fait se trainer si lentement. Les malades se rendent parfaitement compte de cette faiblesse et la considèrent parfois comme la cause immédiate de leurs troubles. Ainsi la malade de l'Observation II, par exemple, qui nous disait : « Je suis si faible ! Il faudrait que je me fortifie. Alors je guérirais peut-être ». Les troubles gastro-intestinaux ont joué un certain rôle dans l'Observation V, ainsi que les maux de tête, que nous voyous exister également dans l'Observation II. Nous avons examiné nos malades au point de vue de l'appareil circulatoire. Le pouls

nous a paru parfois avoir perdu de son ampleur, la pression peut être un peu au-dessous de la moyenne. Nous avons voulu prendre au sphygmographe quelques tracés, entre autres ceux du poulx des malades 2 et 3. Nous avons obtenu un tracé superbe, absolument normal.

Chez ceux des mélancoliques qu'il nous a été donné d'examiner personnellement, nous avons fait prendre le champ visuel. Il nous a paru rétréci généralement.

Une de nos malades (Obs. V) a présenté de l'hémi-paresthésie. C'est la seule chez laquelle nous avons pu constater des modifications de la sensibilité. Nous avons, en effet, sur ce point examiné de nombreux mélancoliques et recherché très soigneusement les modifications possibles de la sensibilité à la piqure, au froid, au chaud, au pincement, etc. Nous n'avons pu, malgré nos efforts, découvrir la moindre zone d'anesthésie, ni même simplement d'hypoesthésie.

Nos malades, interrogés au sujet de leurs besoins physiologiques et des transformations qui auraient pu se produire à ce sujet, nous ont répondu en affirmant qu'ils les ressentaient avec la même force qu'auparavant et qu'aucune variation ne s'était produite dans leur intensité pas plus que dans la périodicité de l'apparition de ces besoins. Les malades dont nous parlons sont ceux dont il est question dans les trois premières observations ; nous ne pouvons rien dire au sujet des autres, l'interrogatoire du malade n'ayant pas été poussé dans ce sens. En donnant ainsi des observations, au cours desquelles nous relevons une symptomatologie physique aussi peu chargée que constante, notre intention n'est pas de nier l'existence des symptômes physiques dans la mélancolie. Certes, tel n'est pas notre but et il nous a souvent été donné, en parcourant les observations multiples publiées par les auteurs, de voir noter les fonctions digestives profondément troublées, la langue sale, recouverte d'un enduit saburral, l'haleine fétide, les digestions rares et pénibles, la constipation opiniâtre.

Les troubles circulatoires, qu'il ne nous a pas été donné d'observer, ont été signalés comme constants par Masselon qui

a souvent remarqué une circulation périphérique languissante et un ralentissement du cœur.

Il n'est pas jusqu'à la respiration dont on n'ait noté les modifications; le rythme respiratoire est en effet souvent ralenti.

Les fonctions menstruelles sont profondément troublées, la dénutrition rapide.

Au point de vue du système nerveux, les mélancoliques présentent souvent des migraines, des céphalalgies, des insomnies. Les réflexes tendineux ont parfois un affaiblissement marqué et on constate des troubles pupillaires.

Nous ne parlerons pas des troubles de la sensibilité sous ses diversés formes, que l'on a si souvent signalés.

Nous aurions donc, on le voit, mauvaise grâce à nier l'existence des symptômes physiques, nous basant sur des faits où ils font défaut; mais, nous le répétons, telle n'est pas notre intention et nous avons simplement voulu, en insistant sur les observations de mélancoliques ayant présenté peu ou pas de symptômes physiques, démontrer, non pas que ces troubles physiques n'existent pas, mais qu'ils peuvent manquer souvent, qu'ils varient toujours et que l'on ne peut en aucune façon se reposer sur eux pour établir un diagnostic ferme.

Nous allons maintenant passer à l'étude des symptômes psychiques et chercher dans cette étude s'il ne nous sera pas donné de trouver le symptôme capital, essentiel, de l'état mélancolique que l'examen de la symptomatologie physique ne nous a aucunement fourni.

L'un des premiers symptômes psychiques qui nous a frappé chez nos malades, est celui qui se traduit par la sensation qu'ils éprouvent d'une tristesse vague, d'un abattement extrême. Moins souvent nous avons eu à noter la lenteur de compréhension et d'élaboration de pensée qui se rencontre parfois. Nous ne l'avons guère rencontrée que chez la malade de l'Observation III.

Nous noterons également l'existence de l'aboulie chez certains de nos malades, mais nous ne l'avons constatée complète que deux fois. La malade de l'Observation I nous disait: « Je

n'ai plus de goût au travail, je n'ai plus envie de rien, mais je travaille parce qu'il faut travailler. »

Cependant, la malade de l'Observation III a présenté de l'aboulie à peu près complète, demeurant inactive des journées entières, se désintéressant de tout, ne pouvant faire aucun travail. En vain la sœur de service voulait-elle l'inciter à une vie plus active, elle faisait bien à la longue quelques efforts pour se remuer, pour agir ; mais ses efforts n'étaient pas couronnés de succès et elle retombait rapidement dans son inertie première.

Signalons encore la malade de l'Observation V. Elle voulait essayer de travailler, mais ne pouvait pas et à tous les efforts qu'elle faisait ne répondait aucun résultat.

Nous avons remarqué, chez tous nos mélancoliques, un certain degré de conscience, les malades se rendaient compte que quelque chose était changé en eux et qu'ils étaient malades. C'est ainsi que la malade de l'Observation V est venue à la consultation pour qu'on lui change ses idées ; que les malades des Observations I, II et III trouvent que réside en elles quelque chose de bizarre qu'elles n'avaient jamais éprouvé auparavant et qui les change complètement.

Nous avons rencontré chez certains de nos mélancoliques diverses idées délirantes. C'est ainsi que la malade de l'Observation III nous a présenté des idées d'auto-accusation. Nous pouvons aussi signaler chez elle du délire égocentrique, la malade croyant être l'objet de tout ce qui se dit ou se fait autour d'elle. Quelques idées hypocondriaques seraient encore à noter chez elle, alliées à des idées de persécution ; la malade croyait que l'on se moquait d'elle.

Elle a présenté aussi des idées délirantes de transformation, se croyant devenue sa sœur ou bien sa mère.

Nous n'avons, au cours de nos examens de mélancoliques, jamais rencontré d'hallucinations. Contrairement à l'opinion de Michea qui les constatait dans 62 % des cas, de Griesinger et Baillarger qui signalaient la fréquence des hallucinations dans la mélancolie, il nous semble que l'on doive considérer comme

rare les hallucinations dans cette affection. Nous sommes en cela d'accord avec les psychiatres modernes, entre autres avec M. Séglas.

Mais il est un symptôme beaucoup plus important que ceux que nous venons de citer et que nous avons rencontré parfois chez nos malades. C'est cette perception du monde extérieur sous une forme différente de celle d'autrefois. La malade de l'Observation I nous disait : « J'ai senti comme une barrière entre moi et le monde extérieur. Elle ne percevait plus la réalité qu'à travers un nuage, tout lui paraissait changé. Cependant ce symptôme ne nous a pas paru constant, car chez les autres malades nous ne l'avons pas rencontré et la perception des objets extérieurs était pour beaucoup la même qu'auparavant.

Chez les malades des Observations II, III, etc., ce trouble n'existait même pas à un degré faible.

Notons encore parmi les troubles psychiques que nous avons omis, l'existence dans nombre de cas d'idées de suicide, mais idées de suicide vagues et conduisant rarement, pour ne pas dire jamais, le malade à la réalisation de son idée.

Il est un symptôme que nous nous sommes réservé d'examiner en dernier lieu, symptôme que nous considérons comme capital, c'est le trouble de l'affectivité. Nous ne l'avons, en effet, jamais vu manquer au cours de nos observations, et chez certaines il constitue à lui seul toute la symptomatologie.

Tous nos malades interrogés, ainsi qu'on le verra plus loin, accusaient de l'indifférence pour les choses qui autrefois les faisaient vibrer. Leurs affections familiales avaient complètement disparu et, à les entendre, ils étaient incapables d'éprouver un sentiment quelconque. De cela ils s'affectedaient extrêmement, et c'était là le symptôme capital de leur état.

C'est ainsi que la malade de l'Observation I se plaint de la perte de son affectivité. « Moi qui aimais tant mes enfants et mon mari, dit-elle, je les aurais vu mourir devant moi que cela m'aurait laissé indifférente. »

La malade de l'Observation II présente aussi ce semblant de

perte des sentiments affectifs et s'en afflige. C'est là la note dominante de son état psychique.

Il en est de même chez la malade dont il est question dans l'Observation III : elle regrette le temps où elle aimait sa famille, et ses journées les meilleures sont celles qui lui procurent un léger retour de son affectivité.

L'Observation IV est typique. Nous voyons dans cette observation dominer le trouble affectif, à l'exclusion de tout autre, pourrait-on dire. Nous voyons la malade se plaignant de ne plus pouvoir rien ressentir. Souffrant atrocement de cet état, elle recherche avec ardeur une sensation à éprouver. De même, l'Observation V nous montre une malade présentant comme caractéristique de son état de mélancolie uniquement le trouble affectif consistant en cette sorte d'anesthésie morale, cause de souffrances pour le sujet.

Il s'ensuit de l'étude de nos observations qu'un symptôme nous a paru caractéristique : le trouble affectif ; celui-là nous l'avons toujours rencontré et souvent, à lui tout seul, il nous a permis de faire le diagnostic de mélancolie.

Maintenant que nous avons étudié la symptomatologie physique et psychique de la mélancolie, il convient de voir comment les auteurs ont envisagé ces divers symptômes et de faire une étude rapide des opinions qui ont eu cours à ce sujet.

Depuis longtemps déjà, les troubles cénesthésiques avaient été signalés dans l'état mélancolique.

Esquirol avait constaté chez ses malades ce trouble de la cénesthésie se traduisant par cette sensation bizarre que le malade éprouve, d'un changement dans le monde extérieur. « J'entends, je vois, disent certains lypémaniaques, mais je ne sens pas comme autrefois. Les objets ne viennent plus à moi, ils ne s'identifient plus avec mon être ». Esquirol a signalé encore les troubles de la cénesthésie chez les mélancoliques délirants et n'a pas oublié les troubles de l'affectivité. Mais il signale seulement, comme trouble affectif, l'exagération des sentiments altruistes du malade envers les siens et semble avoir méconnu cette sorte d'anesthésie affective qui prédomine

si souvent, pour ne pas dire toujours dans la symptomatologie mélancolique.

Un contemporain d'Esquirol, Michea, note, au milieu d'une foule de symptômes qu'il considère comme secondaires, le trouble affectif méconnu par Esquirol.

Baillarger semble avoir méconnu l'état affectif du mélancolique, car il constate chez lui la disposition à être mécontent de tout, qui se traduit par une aversion pour les personnes qui l'entourent, famille, amis, etc., aversion qui, succédant à une simple indifférence, peut aller jusqu'à la haine.

Dagonet constate chez les mélancoliques la transformation des sentiments affectifs. Pour lui, le malade est dominé par un sentiment exagéré d'égoïsme ; son esprit, uniquement préoccupé de chagrins imaginaires, n'a plus aucune part à donner à la tristesse, aux peines que peuvent avoir les personnes qui l'entourent. Il devient indifférent aux événements extérieurs et d'une insensibilité parfaite à l'égard de sa femme, de ses enfants et de ses amis les plus dévoués. Ce sentiment peut même se transformer en sentiment d'aversion.

Morel signale en passant la lésion des sentiments qui se traduit chez les mélancoliques par de la défiance envers les leurs, et parfois même par de la haine.

Guislain et Griesinger ont insisté également sur les troubles intellectuels et affectifs présentés par les mélancoliques.

Comme on le voit, les troubles psychiques de la mélancolie avaient été déjà signalés, mais il semble qu'ils n'ont pas été bien traduits par les divers auteurs de la première moitié du siècle passé.

C'était surtout aux psychiatres contemporains qu'il appartenait de faire ressortir l'importance du trouble de l'affectivité dans la psychose mélancolique.

Marie et Vallon ont publié, dans les *Archives de neurologie*, une étude sur l'état mélancolique, dans laquelle ils font ressortir que la mélancolie se résume en une perturbation du fonds émotionnel et en une modification profonde de la sphère affective. Tout cela dépend uniquement d'un fait, du trouble de

la cénesthésie. Par suite de l'altération de la constitution physique et des phénomènes organiques qui se produisent à ce moment, le mélancolique est dans un état cénesthésique pénible. De là résulte une atteinte de la personnalité.

De plus, les objets extérieurs ne paraissent plus les mêmes qu'autrefois: les impressions sont changées quant à la réaction provoquée. « Elles se sont faites contraires », comme disaient certains malades. Un sujet gai éveille un sentiment pénible. L'individu devient par suite inerte, cesse d'être attiré par ce qui l'intéressait le plus auparavant, ou se trouve, au contraire, poussé à des actes violents. C'est donc à un trouble cénesthésique qu'est dû l'état mélancolique. Mais Marie et Vallon insistent surtout sur les troubles intellectuels. MM. Roubinovitch, Toulouse, Anglade, Ballet ont noté l'importance du trouble affectif, et notre maître M. le Professeur Régis considère, nous l'avons vu, ce trouble affectif comme tellement important dans la mélancolie, que, d'après lui, si le délire y manque parfois, le trouble affectif, lui, n'y fait jamais défaut.

Donc, et nous terminons ainsi ce chapitre, il nous paraît que de l'étude des symptômes, un point surtout doit être retenu, c'est l'importance du trouble affectif. En quoi consiste-t-il? Quelle est sa signification? C'est ce que nous allons nous efforcer de montrer dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

Étude de l'affectivité chez le mélancolique.

Dumas, dans son livre sur *La tristesse et la joie*, s'est occupé de la question de savoir comment on peut expliquer cette anesthésie morale que présentent la plupart des mélancoliques, et il reconnaît que l'explication est difficile.

Il considère comme certaine la suppression ou tout au moins la diminution des tendances de toute nature, physiques et morales, et se demande si ce phénomène est primitif ou dérivé.

Est-ce, en effet, spontanément que l'affectivité se trouve rayée du cadre de la conscience, abolie par le fait d'une disparition instantanée, ou bien cette suppression des sentiments affectifs n'est-elle qu'une résultante, et ne vaudrait-il pas mieux la considérer comme déterminée par le ralentissement de l'idéalisation et de la représentation ?

La représentation joue évidemment un rôle important dans la production de l'émotion et lorsqu'elle manque, on constate souvent l'insensibilité morale. Tels les enfants qui, par défaut de représentation, sont souvent insensibles, éclatent en sanglots, ou, au contraire, se livrent aux manifestations de la joie la plus vive lorsque, en ravivant leurs souvenirs, en aidant leur imagination, on a évoqué dans leur esprit la représentation, origine d'émotivité.

Chez les déprimés, dit Dumas, tel n'est pas le cas. Le sentiment est atteint dans sa source même ; la tendance disparaît et on a beau essayer de réveiller ce sentiment par des représentations agréables ou pénibles, rien n'y fait. Il faut donc conclure

qu'il ne tend même pas à paraître, et qu'en réalité il fait primitivement défaut.

Dumas affirme que c'est là la raison pour laquelle l'émotivité disparaît. Chez une personne normale, une bonne nouvelle réveille une foule de sentiments affectifs, une mauvaise de même, quoique dans un ordre tout à fait différent; chez les mélancoliques, rien de tout cela; la réaction émotionnelle ne se produit pas ou se produit à peine, non seulement sous l'influence d'une cause morale, mais même purement physique.

Il s'ensuit donc que chez nos mélancoliques la sensibilité morale aussi bien que la sensibilité physique sont affaiblies et diminuées par un processus propre.

De la diminution de l'émotivité physique et morale et, d'une façon générale, de la diminution de l'affectivité, Dumas fait résulter le ralentissement et la faiblesse de l'automatisme physique.

Plus la sensation est vive, plus la réaction sera forte chez les déprimés où nous trouvons la sensation toujours très faible, il sera logique de voir la réaction également affaiblie.

Finalement, Dumas conclut que les mélancoliques ont une lésion réelle de l'affectivité et ne sont capables ni d'émotions physiques, ni de sentiments, ni d'émotions morales.

Masselon, qui étudie dans son livre de *La Mélancolie* les troubles affectifs, constate chez les mélancoliques cette indifférence émotionnelle, cette anesthésie morale. Les malades, prétend-il, ne sont plus émus par les êtres, les choses qui naguère leur tenaient au cœur; cela provient d'un fait : de leur indifférence affective, qui est réelle.

Le mélancolique est incapable de ressentir des émotions; c'est l'indifférent complet : rien n'est susceptible de le faire sortir de son calme.

Bien plus, c'est dans le trouble de l'affectivité que l'on devrait chercher, dit M. Masselon, l'explication de ce symptôme si souvent présenté par les malades, symptôme qui consiste en une sensation de barrière, de nuage, interposé entre l'individu et le monde extérieur.

Comme le dit M. Dugas : « Les sensations nous rendent compte de la réalité objective; mais en dehors de cela, le principe de la croyance doit être cherché dans le sentiment qui communique aux objets réels ce complément d'existence appelé existence subjective, sans laquelle les objets seraient comme non existants. »

En effet, les perceptions n'existent pas dans notre intelligence à l'état séparé. Un complexus d'éléments affectifs accompagne chacune d'elles; et les choses qui pour nous sont indifférentes, ce sont celles autour desquelles nous ne pouvons grouper aucun élément affectif. Pour que nous connaissions bien une chose, il faut que nous la sentions, c'est-à-dire qu'il faut que cette chose se présente à nous sous un aspect agréable ou pénible. Il s'ensuit que toute représentation qui n'éveille pas un sentiment ne s'impose pas à nous avec des caractères de réalité; elle prend un aspect bizarre, de non-existence ou d'existence tellement différente que nous arrivons à en douter. C'est le sentiment qui détermine la réalité; c'est là un phénomène affectif et c'est grâce à l'indifférence affective que les mélancoliques voient le monde extérieur changé. Il y a en eux une réelle atteinte de l'affectivité.

D'après Roubinovitch et Toulouse, il faut supposer à l'origine de tout état mélancolique une altération des fonctions de la nutrition, une modification de la vie intime des cellules. Les sensations qui continuellement viennent des organes ne sont plus les mêmes.

Le sens cénesthésique est altéré. Le malade ne reconnaît plus ses sensations habituelles, ne se sent plus vivre comme auparavant. Les sensibilités sensorielles, vision, audition, subissent dans leur fonctionnement des transformations analogues. Les malades se disent transformés. Griesinger a bien analysé ce qu'il appelle la dysthésie psychique. « Il me semble, dit sa malade, que ce qui est autour de moi est comme jadis. Cependant, il doit s'être fait quelque changement. Les choses ont leur ancienne forme, mais ont beaucoup changé ». C'est par les modifications de ses sensations internes et externes que le malade a varié sa cénesthésie et ne se reconnaît plus.

La conséquence de tout cela, c'est que les perceptions réelles et les idées perdent pour le mélancolique toute signification agréable ou désagréable : le malade tombe dans l'anesthésie morale. Cette anesthésie est réelle et c'est par le processus ci-dessous exposé que se produit cette indifférence absolue du mélancolique pour tout ce qui lui a été cher avant sa maladie.

Chez certains mélancoliques on trouve, concurremment avec l'anesthésie morale, de l'anesthésie cutanée et viscérale. Cette anesthésie viscérale peut être légère, les malades sentant à peine une faible diminution de leurs besoins physiologiques : elle peut être profonde, au point que les malades n'ont plus aucune conscience de ces mêmes besoins, tombent dans le gâtisme et se laisseraient mourir de faim.

Il était séduisant, en s'appuyant sur les théories de James et du docteur Lange, sur les émotions, de faire dépendre l'anesthésie morale de l'anesthésie viscérale.

M. d'Allones, partisan de la théorie de Lange et James, la modifiant cependant en ce sens qu'il considère que seules les sensations internes sont facteurs de l'émotivité, les sensations externes, la mimique, n'étant que l'enveloppe de l'émotion, a publié dans la *Revue philosophique* de 1905 un travail tendant à prouver que l'anesthésie des sensations internes est la cause de l'anesthésie affective. Il donne, en effet, l'observation d'une malade mélancolique qui présente une absence totale de sentiments affectifs. Cette malade a l'indifférence la plus complète à l'égard des siens et à l'égard d'elle-même. Elle a conservé la sensibilité externe ; elle est susceptible de pleurer à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, son visage s'éclaire à l'apparition d'un membre de sa famille, mais à toutes ces manifestations mimiques ne répond rien d'émotionnel. La malade pleure et rit, elle l'affirme du moins, sans rien ressentir qui ressemble à de la joie ou à du chagrin.

Or ce que M. d'Allones fait ressortir par de nombreuses expériences, c'est que la malade a de l'hypoesthésie des organes profonds. Elle a très peu, pour ne pas dire du tout, conscience de ses besoins physiologiques. Elle y supplée par le secours de son raisonnement.

D'après M. d'Allones, les troubles affectifs existant chez ces malades sont véritables et dus simplement à ceci : l'absence de sensations cénesthésiques.

De même, en effet, que certains phénomènes organiques, ordinairement inconscients, peuvent accidentellement ou pathologiquement devenir conscients, inversement, les phénomènes viscéraux de l'émotion peuvent cesser d'être conscients; cela suffit pour que l'émotion cesse d'exister, et cela en dépit de la conservation consciente des phénomènes concomitants, en dépit de la production des réactions physiologiques externes aux excitations de toute espèce.

Cotard, dans les *Annales de neurologie*, juin 1884, cite l'observation publiée par Charcot, concernant un homme mélancolique, instruit et intelligent, qui, à la suite de préoccupations, d'insomnies et de perte d'appétit, s'aperçut d'un changement survenu dans ses facultés.

Il avait perdu la mémoire visuelle des objets; il lui était devenu impossible de se représenter mentalement les villes, monuments, objets familiers. Le visage même de ses parents et amis ne pouvait être rappelé à son souvenir et ne se retraçait plus à son esprit.

Cotard eut depuis occasion d'observer deux malades présentant les mêmes symptômes que ceux du sujet présenté par Charcot.

S'appuyant sur ces trois observations, Cotard s'est demandé s'il n'y aurait pas quelque chose d'analogue à la perte de la vision mentale, un diminutif de ce symptôme chez les mélancoliques simples qui se plaignent de ne plus voir les objets que confusément, de ne plus les reconnaître et qui se sentent séparés comme par un voile de la réalité objective.

Bien plus, Cotard se demande si on ne pourrait rapprocher de la perte de la vision mentale l'altération de l'affectivité.

L'influence des images sur les sentiments est, en effet, considérable. Auguste Comte ajoutait une grande importance à l'exercice de la vision intérieure comme moyen de perfectionnement moral. Un philosophe, Prévost, disait à propos du rap-

port entre les sentiments moraux et la représentation mentale : « Ce que d'ordinaire on entend par sensibilité dépend de la faculté d'imaginer ». Peut-être la pathologie pourrait-elle confirmer ce fait.

Le malade de M. Charcot disait en effet : « Je suis beaucoup moins accessible à la douleur morale, au chagrin. C'est ainsi qu'ayant perdu dernièrement un de mes parents je n'ai éprouvé presque pas de douleur, beaucoup moins que si j'avais eu le pouvoir de me représenter par la vision interne ce parent. »

Les mélancoliques, en même temps qu'ils se plaignent de ne plus voir la réalité objective s'accusent de ne plus avoir de sentiments affectifs, de ne plus aimer. Ne serait-ce pas au trouble des représentations subjectives que serait dû ce trouble de l'affectivité.

Une autre théorie pourrait, semble-t-il, être invoquée pour expliquer ce sentiment d'anesthésie morale accusé par les malades. Pourquoi ne pas, en effet, le considérer comme une idée de négation affective correspondant aux idées de négation corporelle ?

La mélancolie est, en effet, la psychose pour laquelle le délire de négation semble avoir une prédilection marquée. Parfois c'est la constitution physique, la structure, les fonctions, l'existence des différents organes du corps qui sont l'objet des idées de négation.

Les malades disent alors que leurs organes ne fonctionnent plus comme avant (le sang ne circule pas, le cœur ne bat plus, etc., etc).

Mais le délire de négation peut s'étendre aux facultés intellectuelles. Les malades disent alors être devenu idiots, ne plus éprouver d'émotions. Or c'est ce que nous rencontrons dans le cas des mélancoliques qui ne sentent plus, qui nient leur affectivité, s'accusent même de cela comme d'un crime, aboutissant ainsi à des idées délirantes auto-accusatrices.

Séglas, donnant son avis à ce sujet, prétend que le mélancolique nie la douleur, même après l'avoir perçue.

Deny et Camus ont publié sur la question quelques considé-

rationes nouvelles. Pour eux, comme pour Ségla, dans l'état mélancolique les idées de négation auraient pour objet la constitution psychique, les facultés affectives et morales : dans la variété hypocondriaque, les idées de négation seraient limitées à la constitution physique. A quoi sont dues ces idées de négation ? Marie et Vallon concluent en disant que le trouble de la cénesthésie doit être seul incriminé.

C'est ce trouble de la cénesthésie qui produit cette folie d'opposition qui porte les malades à nier leurs sensations, agréables ou désagréables.

Chez les négateurs du moi physique, ce n'est ni l'existence, ni la transmission des sensations organiques que l'on doit incriminer, mais leur perception, c'est-à-dire leur élaboration par les neurones plus élevés qui constituent le moi. C'est un trouble cortical et non périphérique qui est en jeu. Ce trouble est l'expression d'une inhibition des centres cénesthésiques, région de l'écorce cérébrale où se rendent les images des sensations organiques.

Le cerveau, en effet, d'après Sollier, aurait une sensibilité propre, et nous avons conscience de son fonctionnement ; le cerveau aurait une cénesthésie à lui. A l'état d'activité normale, nous éprouverions une sensation obscure et vague de son fonctionnement. A l'état anormal, nous aurions de la douleur, de la lourdeur de tête. Nous sentons que nous sommes mal disposés à travailler comme mal disposés à manger. La douleur morale du mélancolique est le sentiment de son impuissance cérébrale. Grâce à cette sensibilité propre au cerveau, il est facile de comprendre les idées de négation, et Marie et Vallon concluent en disant que « celui ou celle qui disent ne plus rien sentir psychiquement, avoir de l'anesthésie morale, ont perdu leur sensibilité cérébrale et font ainsi du délire de négation. »

Voilà, certes, de nombreuses théories exposant des façons diverses et nombreuses d'envisager l'état affectif dans la mélancolie ; nous nous permettrons quelques critiques au sujet de chacune d'elles.

M. Dumas est bien catégorique, à notre avis, lorsqu'il affirme

que l'affectivité fait défaut chez les mélancoliques et que, par un processus propre, les sensibilités physiques et psychiques sont sinon supprimées, du moins très affaiblies.

Que les mélancoliques réagissent moins, au point de vue somatique, à l'excitation émotive que les normaux, nous l'admettons, bien que cette réaction somatique soit variable dans son intensité avec chaque individu. Mais nous ne la considérerons pas comme abolie. D'ailleurs, Dumas lui-même, relatant une expérience faite sur une de ses mélancoliques, Marie, afin d'éprouver sa réaction émotive, raconte que « le visage de la malade, qui était assombri, s'est éclairé un peu à l'entrée de son fils, ses yeux ont brillé, tandis qu'elle avançait la main et tendait la joue ». Ce sont là des réactions peu nettes, mais indiscutables, et point n'est besoin de réagir considérablement pour prouver son affectivité. Le vulgaire lui-même s'est rendu compte de cela, et le proverbe existe qui dit que les grandes douleurs sont muettes.

Nous ne croyons pas qu'on puisse inférer de ces constatations une diminution réelle de l'affectivité. Nous donnerons à la fin de ce chapitre les raisons pour lesquelles nous ne sommes pas de l'avis de M. Dumas.

Nous ne nous rangerons pas davantage à l'opinion de Mas-selon, encore plus catégorique que celle de Dumas. « L'indifférence est réelle, l'anesthésie morale positive, dit-il ; le mélancolique est l'indifférent complet ». Mais alors comment expliquer cette souffrance que le malade éprouve de ne pas aimer les siens, ce chagrin à la pensée de son affectivité qu'il croit perdue ?

Passons rapidement sur la théorie de Cotard, sur laquelle d'ailleurs Cotard lui-même n'a pas beaucoup insisté. Nombreux sont, en effet, les mélancoliques chez lesquels il nous a été donné d'observer des troubles affectifs, sans la moindre lésion de la mémoire visuelle, les malades se représentant à merveille le milieu et les personnes dont ils étaient séparés et où ils avaient vécu.

Pour ce qui est de la théorie émise par M. d'Allones, elle serait séduisante, mais pour cela il faudrait admettre l'opinion

de ce philosophe sur l'émotion. Sans nous arrêter à discuter la théorie de James et Lange, ce qui nous entraînerait trop loin, nous répondrons à M. d'Allones que nous ne croyons pas que chez nos mélancoliques le trouble affectif repose sur l'hypoesthésie des organes profonds. En effet, chez la plupart de nos malades, la sensibilité était parfaite : les besoins physiologiques se produisaient avec la même intensité. Bref, la machine humaine fonctionnait comme avant la maladie. Ce n'est donc pas sur cette anesthésie viscérale qui n'existe pas que l'on peut tabler pour affirmer l'anesthésie morale.

Roubinovitch et Toulouse donnent une explication qui nous plairait au sujet du trouble affectif, mais ils concluent à un affaiblissement réel, à une anesthésie morale : leur théorie a d'ailleurs des points de ressemblance avec celle de M. d'Allones.

Nous ne verrons pas non plus une idée délirante de négation dans ce trouble de l'affectivité, car le délire de négation manque dans la plupart des cas de mélancolie. Ces malades, d'ailleurs, souvent ne vont pas jusqu'à nier leurs sentiments affectifs, ne disant pas : « Je n'aime pas les miens », mais simplement : « Je ne puis pas les aimer comme je voudrais. »

D'ailleurs, le sujet reconnaît la nature subjective de son changement et aussi longtemps qu'il le reconnaît il n'y a pas d'idée délirante. Il y a délire simplement dès que le sujet amplifie le trouble constaté, n'en reconnaît plus la valeur et lui attribue une cause imaginaire.

En quoi consiste donc ce trouble affectif ? La perte de l'affectivité est-elle réelle, comme l'affirment les divers psychiatres ? La question est difficile, épincuse, et demande, pour être résolue, des études longues et sérieuses. Nous donnons simplement ici les raisons pour lesquelles nous ne sommes pas de l'avis de ceux qui croient à l'anesthésie des sentiments affectifs chez les mélancoliques. Tout d'abord, nous ferons remarquer que le mélancolique est un être dans le passé duquel on relève des preuves évidentes d'affectivité.

Le seul fait que la mélancolie a une prédilection marquée pour la femme, l'être affectif par excellence, tendrait à le prou-

ver. De plus, quand on fouille dans les antécédents du malade, on s'aperçoit qu'il était, avant sa maladie, sensible, affectueux, aimant à l'excès et que, parfois, la cause de sa maladie est due précisément à cette hyperaffectivité blessée par un chagrin violent.

Or, depuis que, brusquement, la crise mélancolique est venue fondre sur lui, voilà un malade qui prétend n'avoir plus de sentiments affectifs, qui renie toute tendance altruiste, qui prétend ne plus rien sentir et qui s'inquiète de ce fait, qui en souffre.

Que penser de tout cela ?

Tout d'abord, et au point de vue purement physique, le mélancolique est en contradiction avec lui-même. Contemplant son visage, en effet. Réflète-t-il l'indifférence dont le malade se plaint : est-ce là le masque figé de l'insensible, masque stupide, visage presque de bois, sur lequel se lit l'insouciance absolue, nous dirions le dégoût de toute chose, si ce mot n'impliquait l'existence d'un sentiment affectif ? Certes non, et si face a jamais reflété la tristesse et la douleur, c'est bien celle du malheureux atteint de mélancolie.

Constatation plus importante encore : faites paraître devant lui ses parents, des êtres qui lui sont chers ; une réaction se produira, légère, mais existant néanmoins, et que Dumas a notée, presque malgré lui, d'ailleurs. Voilà déjà, au point de vue somatique, quelques données qui militent en faveur de notre hypothèse, que le mélancolique est un affectif qui s'ignore.

Passons maintenant sur le terrain psychique et laissons parler un instant le malade. « Je n'aime plus ma famille, nous dit-il ; moi qui, autrefois, avais pour les miens une si grande affection, je suis incapable de les aimer. Je les verrais mourir devant mes yeux que cela me serait indifférent. Je ne sens plus rien, tout m'est égal, et je souffre de ne pas être pour les miens ce que j'étais autrefois. »

Voilà, exposé par lui-même, l'état affectif du mélancolique. Quelle contradiction flagrante dans ses paroles ! Nous sommes en présence d'un individu qui prétend être incapable d'éprouver

un sentiment, qui se reconnaît une indifférence complète et qui souffre atrocement de ce fait qu'il est insensible. N'est-ce pas absurde et inadmissible ? L'indifférence émotive, à notre avis, et ce que nous disons est une pure tautologie, doit se traduire forcément par de l'indifférence, et somatique et psychique. Or, le mélancolique réagit et somatiquement et psychiquement. Ce n'est donc pas un indifférent. Une autre preuve que le mélancolique est affectif réside dans ses actes. L'indifférent n'agit pas parce qu'il ne sent pas ; or, le mélancolique agit, et l'on voit souvent, par suite de l'exagération même du sentiment affectif, le mélancolique se suicider après avoir au préalable suicidé les siens pour lesquels il prévoyait un avenir fait de souffrances et de douleurs.

Aussi, d'une façon générale, et en particulier, nous croyons pouvoir dire que ce ne sont pas les mélancoliques qui se plaignent le plus souvent de ne pas sentir qui sentent le moins. Les véritables indifférents seraient plutôt ceux qui ne se plaignent pas de leur anesthésie affective, et par suite qui seraient, eux, réellement la proie de l'indifférence.

Donc, le mélancolique souffre, il sent, son affectivité n'est pas diminuée. Il n'y a pas an affectivité, anesthésie affective à notre avis, mais simplement une désorientation de l'affectivité.

Le problème psychologique qui se pose n'est pas celui de savoir si le mélancolique sent ou ne sent pas, mais bien celui d'expliquer comment il se fait que des gens affectifs essentiellement prétendent ne rien sentir et souffrent de cette insensibilité imaginaire. Aux psychologues de donner la solution de ce problème.

CHAPITRE IV

Considérations pratiques résultant de l'étude de l'affectivité dans la mélancolie

Maintenant que nous avons établi la prédominance des troubles affectifs dans la mélancolie, analysé les interprétations diverses de ces troubles fournies par les auteurs, et timidement donné notre appréciation sur un sujet si délicat, il nous sera permis de sortir du terrain psychologique et de montrer si quelques considérations cliniques intéressantes ne pourraient découler de notre manière de voir.

Disons tout d'abord que notre intention n'est pas de frapper au coin d'un rigoureux absolutisme les déductions auxquelles nous sommes parvenu. Certes non, et s'il est téméraire en pathologie générale de conclure à des considérations absolues, à plus forte raison en pathologie mentale.

Il nous a simplement paru découler de nos observations que la façon suivant laquelle nous avons envisagé le symptôme trouble affectif pouvait rendre certains services en facilitant le diagnostic différentiel, si important à faire et parfois si difficile, entre l'état mélancolique simple, dégagé de toute complication et les divers syndromes mélancoliques que l'on voit s'établir au début de tant de maladies mentales.

Certes, et nous le répétons encore, nous ne prétendons conclure à rien de catégorique ; nous n'oublions pas, en effet, que le symptôme que nous allons considérer, repose sur l'état affectif : or l'affectivité est chose essentiellement variable d'un

individu à un autre et ici nous mettons de côté, bien entendu, toute modification provoquée par un état pathologique.

Si, en effet, il est impossible de trouver au physique deux individus identiques l'un à l'autre, combien cette impossibilité paraît encore plus flagrante au point de vue moral. Depuis l'égoïsme complet que personnifie l'arriviste qui traverse la vie les yeux fixés sur le but à atteindre, brôyant sur son passage tout ce qu'il croit susceptible de le retarder dans sa marche, jusqu'à l'être fait d'abnégation et de bonté, se sacrifiant pour ses semblables, toutes les nuances se rencontrent, différentes, auprès de chaque individu.

Le terrain, l'éducation, l'évolution, le milieu, l'âge, autant de facteurs qui participent à l'établissement de l'affectivité et qui lui impriment leur signature.

Mais de ce que nous ne pouvons affirmer rien d'absolu, il ne s'ensuit pas que toute valeur doive, à notre avis, être enlevée aux déductions que nous allons produire, et nous estimons qu'au point de vue pratique elles peuvent être parfois de quelque utilité.

Nous avons, dans le second chapitre de notre travail, étudié la symptomatologie de la mélancolie aiguë, d'après les observations. Les malades ont tous présenté ce symptôme qui pour nous a une importance capitale et qui consiste en ce sentiment de chagrin que le mélancolique éprouve de la perte de son affectivité. De ce fait qu'ils croyaient avoir perdu la faculté de ressentir des émotions nobles, nos mélancoliques souffraient beaucoup et se reprochaient comme un crime leur pseudo-insensibilité.

Rapprochant ce fait de l'évolution de la maladie, nous pouvons constater que toutes les fois que ce symptôme s'est ainsi présenté, la terminaison a été favorable et le malade guéri.

On pourrait nous objecter que nos observations peu nombreuses ont peut-être été le résultat d'une sélection faite pour les besoins de notre cause, ou encore qu'il s'agit là d'une coïncidence fortuite.

A cela nous répondrons que, certes, les observations ne nous

manquaient pas pour confirmer nos dires, et nous n'aurions eu qu'à choisir au hasard parmi les multiples que nous offrait la Clinique de notre maître, M. le Professeur Régis, pour donner des preuves encore plus palpables. Il nous semble donc qu'au point de vue pronostic, l'étude de l'affectivité peut donner quelques résultats. Notre malade est-il encore affectif et traduit-il cette affectivité ignorée de lui par une préoccupation, une inquiétude et une souffrance extrême, le pronostic est favorable. La crise a bien des chances d'évoluer normalement et le malade de guérir.

Nous savons que la mélancolie peut guérir, mais nous n'ignorons pas qu'elle peut aussi s'installer définitivement et que le mélancolique aigu devient parfois un mélancolique chronique. Il eût été très intéressant de suivre étape par étape cette évolution d'un état aigu vers un état chronique et de voir, au fur et à mesure de cette évolution, si les modifications de l'affectivité ne constitueraient pas un moyen de pronostic sérieux.

Le temps nous a malheureusement manqué, et il ne nous a pas été donné de constater par nous-même un affaiblissement affectif graduel indiquant une chronicité future. Cependant nous possédons de nombreuses observations desquelles nous pouvons déduire ce fait.

Le mélancolique chronique, en effet, a de la perte réelle de son affectivité. Il a pour les siens une indifférence complète, indifférence indiscutable à notre avis et dont la preuve réside en ce fait que le malade, non seulement ne songe pas comme le mélancolique aigu à se plaindre de son affectivité, mais bien plus, il ne la constate même pas.

Or, et l'histoire de la maladie est là pour nous le prouver, au début de la crise l'affectivité existait chez le mélancolique, elle existait même à un degré particulièrement exagéré.

Il nous paraît donc devoir résulter de nos observations ce fait : lorsque, chez un mélancolique, on s'aperçoit d'un affaiblissement réel de l'affection, lorsque le malade qui s'inquiétait et souffrait de sa pseudo-anesthésie morale ne s'en préoccupera plus, le pronostic doit être réservé, sombre même, et on son-

gera à la possibilité probable d'une transformation peut-être prochaine, de l'état aigu à l'état chronique.

Voilà donc déjà, nous semble-t-il, grâce à l'étude de l'affectivité, un bon moyen de pronostic au cours de l'évolution d'un cas de mélancolie; voyons maintenant si cette même étude ne pourrait pas en même temps nous être utile comme moyen de diagnostic.

Il est une entité morbide dont les limites sont encore imprécises, au début de laquelle se rencontre souvent l'état mélancolique: nous voulons parler de la démence précoce. Or le diagnostic est important à faire dès les premières atteintes du mal, dès la période prodromique, et, comme le dit M. Régis, rien n'est plus difficile que de reconnaître à cette phase la démence précoce.

L'étude de l'affectivité pourra, dans nombre de cas, à notre avis, faciliter le diagnostic.

Chez le dément précoce, en effet, précédant tous les troubles du caractère, il se produit une altération profonde des sentiments affectifs et moraux; il y a ce que Ziehen a appelé la dissociation affective. Les malades ne témoignent aucune tendresse aux leurs, supportent mal leurs réprimandes: ce sont des égoïstes vrais, des inaffectifs. Parlez au dément précoce des siens: il s'en désintéresse complètement. L'annonce d'un malheur menaçant sa famille le laissera parfaitement calme et jamais, s'efforçant d'analyser son indifférence, son égoïsme complet, le malade ne songera à s'inquiéter et à souffrir du changement qui s'est produit dans son affectivité. Quelle différence avec le mélancolique! Au lieu du trouble fondamental, quantitatif, tout sentiment affectif ayant disparu de chez le dément, sauf un, le moins élevé, celui de sa personne, nous avons chez le mélancolique, qui lui est l'altruiste par excellence, un simple trouble, qualitatif, pourrions-nous dire, une simple désorientation de l'affectivité.

La maladie de Beard, la neurasthénie, se rapproche également de certains états mélancoliques avec tendances hypochondriaques. Ces états frontières sont difficiles à différencier.

et c'est en les considérant un peu trop exclusivement peut-être que MM. Boissier et Fleury ont insisté sur l'extrême parenté, pour ne pas dire plus, qui existe entre la mélancolie et la neurasthénie.

Nous ne prétendons pas, armé de notre nouveau moyen de diagnostic, venir trancher entre les deux entités morbides et délimiter exactement la part qui revient à chacune, mais nous pouvons toujours essayer de voir si, outre les symptômes physiques que nous n'avons pas à décrire ici, on ne trouverait pas dans l'étude de l'affectivité un moyen de différencier, dans certains cas, la mélancolie d'avec la neurasthénie.

A notre avis, le neurasthénique est un égoïste profond. C'est un cénestopathe et un cénestopathe égocentrique. Il ne nie pas ses sentiments affectifs, certes non. Interrogez-le à ce sujet, sa réponse sera : « J'aime beaucoup les miens, je souffrirais s'il leur arrivait des choses désagréables ». Mais ce n'est pas là, malgré ses dires, la préoccupation du malade; ce qui l'intéresse, c'est lui, et immédiatement, sa réponse faite, il retombe dans l'égoïsme dont vous venez de le sortir. Ce qui l'occupe, c'est lui seul, sa bête humaine, dont les diverses fonctions lui semblent altérées, et sa santé, uniquement, est le but de tous ses actes.

Dans la mélancolie avec préoccupations hypocondriaques, l'égoïsme est moindre et l'altruisme perçue à travers l'inquiétude égoïste de l'hypocondrie.

Nous avons parlé d'altruisme. Or, il est une maladie au début de laquelle se rencontre le sentiment ci-dessus énoncé, allié le plus souvent à un syndrome mélancolique. Le diagnostic demande, dans le cas de cette maladie, à être fait le plus rapidement possible, car de lui dépend le pronostic qui, fatal dans un cas, est dans l'autre de la plus grande bénignité. La maladie dont nous voulons parler n'est autre que la paralysie générale progressive, dont le début est masqué souvent par l'état mélancolique du sujet. Ici, à première vue, le diagnostic différentiel paraît devoir être difficile à faire, en se basant sur l'état affectif, qui semblerait plutôt exagéré dans le cas de paralysie générale.

Mais il n'en est rien et on s'aperçoit, en allant au fond des choses, du peu d'affectivité réelle du paralytique général.

Ce n'est pas son affectivité qui pousse le paralytique général à distribuer en paroles à tous ceux qui l'environnent les honneurs et les richesses dont il se croit le dispensateur. Non, c'est là le résultat de son euphorie, du trop plein de bien-être qu'il ressent. C'est de la bienveillance et uniquement de la bienveillance, produit de la satisfaction orgueilleuse qui déborde chez le malade. Grattez un peu, et souvent sous cette apparente affectivité vous verrez apparaître l'indifférence. Nous avons interrogé à ce sujet bon nombre de paralytiques généraux présentant cette exubérante affectivité superficielle. A notre question : « Avez-vous de l'affection pour vos parents ? » le malade répondait : « Certes oui, beaucoup, beaucoup ». — « Pourquoi ? » — « Parce qu'ils m'apportent à manger. »

A la rigueur, on peut admettre que c'est là de l'affectivité, mais de l'affectivité qui n'est rien moins que tout à fait inférieure, et cela on nous l'accordera sans conteste.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur la différence qui existe entre cette fausse affectivité du paralytique général et celle si vraie du mélancolique. Elle ressort suffisamment de ce que nous venons d'exposer, et nous ne saurions rien ajouter de plus sans tomber dans des redites inutiles : nous allons passer maintenant à une nouvelle affection, le délire de persécution, et voir si le diagnostic différentiel entre ce délire et la mélancolie sera facilité par l'étude des sentiments affectifs.

Le délire de persécution, en effet, succède souvent à la mélancolie, et la première période de ce délire, période dite d'analyse subjective, est d'un diagnostic difficile.

L'affectivité du persécuté est éteinte. Nous ne parlons pas ici, bien entendu, du persécuté qui englobe sa famille parmi la foule, de ceux qui s'efforcent de lui nuire, mais du persécuté qui réclame les siens, simulant une affectivité réelle. Il nous a été donné d'examiner, à l'asile d'aliénés de Château-Picon, nombre de persécutés faisant montre de sentiments affectifs, écrivant à leur famille régulièrement, et nous avons remarqué

que chaque fois cette affectivité simulée était on ne peut plus intéressée, le malade espérant par ses démarches obtenir sa sortie de l'asile. La preuve de cela nous a été fournie bien des fois par le fait de malades qui, voyant leur insistance inutile, leurs supplications repoussées, jetaient le masque et dévoilaient leurs sentiments égoïstes et même agressifs.

Quelle différence encore entre la manière d'être du persécuté et du mélancolique ! L'un est un coupable, un hétéro-accusateur, l'autre une victime, un auto-accusateur. L'un est un inactif, l'autre un affectif. Le contraste, on le voit, est frappant.

Nous n'insisterons pas sur les conclusions qui se peuvent tirer, au début de la démence sénile, d'une étude de l'état affectif, conclusions qui empêcheront souvent la confusion avec l'état mélancolique.

Le dément sénile, en effet, nous présentera cette indifférence complète à tout ce qui n'est pas lui ; amis, proches, tout lui sera indifférent. Son visage même exprimera l'insensibilité la plus complète ; ses réactions émotives seront absolument nulles en voyant défiler devant lui les êtres qui lui ont été le plus chers, contrairement à ce qui se passera chez le mélancolique.

Telles sont, exposées de notre mieux, les quelques considérations pratiques qui nous ont paru découler de notre travail. Nous ne prétendons pas qu'elles soient inattaquables, nous pensons cependant qu'on doit en tenir compte et qu'une étude plus complète de l'affectivité dans les états mélancoliques donnerait d'intéressants résultats.

CONCLUSIONS

Comme conclusion de notre travail, nous croyons pouvoir nous arrêter aux considérations suivantes :

1° Le trouble affectif est le symptôme capital de l'état mélancolique.

2° Cette anesthésie affective que la plupart des malades accusent n'est pas réelle. Le mélancolique, malgré ses dires, est un affectif, qui s'ignore si l'on veut, mais un affectif néanmoins.

3° Enfin l'opposition existant précisément, à notre avis, entre la véritable indifférence constatée au début de certaines psychoses et la fausse indifférence du mélancolique, pourra, au point de vue du diagnostic différentiel, être parfois d'une grande utilité.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
Dr RÉGIS.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu, et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 8 janvier 1907.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

OUVRAGES CONSULTÉS

1885. RIBOT. — Maladies de la personnalité. Paris, Alcan.
1889. BEAUNIS (H.). — Les sensations internes. Paris, Alcan.
1901. PAULHAN (Fr.). — Les phénomènes affectifs et les lois de leur apparition. Paris, Alcan.
1903. JAMES (W.). — Théorie de l'émotion. Paris, Alcan.
1906. LÉVY. — Délires de zoopathie interne. Thèse de Paris.
1900. HØFEDING (Harold). — Essai de psychologie basée sur l'expérience. Traduction Poitevin. Paris, Alcan.
1838. ESQUIROL. — Traité des maladies mentales. Paris, Baillière.
1860. MOREL. — Maladies mentales. Paris, Masson.
1862. MARCÉ. — Maladies mentales. Paris, Baillière.
1860. BAILLARGER. — Maladies mentales. Paris, Masson.
1876. DAGONET. — Maladies mentales. Paris, Baillière.
1903. ANGLADE et BALLE. — Traité de pathologie mentale. Paris, O. Doin.
1906. RÉGIS (E.). — Précis de psychiatrie, 3^e édition, p. 829 et suivantes. O. Doin, Paris.
1884. COTARD. — La perte de la vision mentale chez certains mélancoliques. *Annales de neurologie*, 8 juin.
1900. DUMAS (G.). — La tristesse et la joie. Paris, Alcan.
1898. MARIE et VALLON. — Le délire mélancolique. *Archives de neurologie*, mai 1898, vol. 5, p. 354 ; et juin 1898, vol. 5, p. 456.
1897. ROUBINOVITCH (J.) et TOULOUSE (E.). — La mélancolie. Paris, Alcan.
1905. DENY (J.) et CAMUS (P.). — Sur un cas de délire mélancolique de la personnalité lié à des troubles de la cénesthésie. *Arch. de neurologie*, Paris, p. 257 à 268.
1905. ALLONES (R. D'). — Rôle des sensations internes. *Revue philosophique*, p. 593, t. LX.

